

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesior@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hoffa Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-623041

68163

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1086		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KERROUM AHMED
Nom & Prénom : KERROUM AHMED		Date de naissance : 01-01-1948	
Adresse : MARRAK ECH		Tél. : 0615918547 Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin : Dr. RAZIK ABDALLAH			
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux 712, Bd. Aïn Chouaib Doukali Idrissi 1 Tél. : 05 22 20 45 45 - S 98 / 05 22 85 18 18 - Casa INP: 091119354 ICE: nn17nn21nnnnn27			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10 AVR 2021			
Nom et prénom du malade : KERROUM AHMED Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Fils-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection Oculaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : NADOR Date : 18-04-2021 Le : 18-04-2021			
Signature de l'adhérent(e) : (Signature)			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : NADOR Date : 18-04-2021 Le : 18-04-2021

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et signature du patient attestant l'exécution des Actes
18 AVR 2011		OS 200		INP 1698 / DS 22.85 18.18 - C.F. 001119354 00170002100027
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
ANALYSES - RADIGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	
	15/04/2011			2500 DT
VOLET ADHERENT				
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>				

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة أمراض وجراحة العيون الادرينية

Docteur Razik Abdallah

*Spécialiste Maladies et
Chirurgie des Yeux
Ex. Médecin des F.A.R.
Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août*

Chirurgie Cataracte - Implant -
Glaucome - Strabisme - Laser -
Angiographie - Traumatisme

LASIK



الدكتور عبد الله دارزق
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
طبيب سابق يستشفى 20 غشت

- جراحة الحالة . العدسة . نظيرون .
- العول . مسالك الدموع . فحص وراديو الشبكة .
- علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح قصر البصر
- فحص ، لم خصبة المساقة

Casablanca, le 10/04/2021 الدار البيضاء، في

ان استعمال النظارات الطبية بدون فحص طبي من طرف طبيب اخصاصاً قد يؤدي الى خلل في العيون ونقص في النظر دائم خاصة عند الاطفال. هناك امور اخر عيون عدديه: الالتوان والبلسمية والمسكون التضخم والمسكري تصاحب نقص في النظر وتحاج الى علاج في وقت مبكر قبل ان تصل الى النظارات

KERROUM Ahmed

PROGRESSIFS

Oeil Droit : (75° -1,00) + 0,75 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : (95° -1,00) + 0,75 , Addition + 2,75

Examen Complémentaire :

الرحو الاتصال أو التواصل عبر الواتس اب الرقم التالي : 0677.31.15.73

شارع أبي شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسيية I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98

نظارات الحياة LUNETTES DE LA VIE

Bloc (EF) Souk Koria N° 116
Casablanca
Tél. : 0522 80 87 96 / 80 02 81
R.C. : 247708 - I.F. : 45519260
Patente : 36611440
ICE : 000885021000189

FACTURE

N° 002990

سوق القرية بلوك اف رقم 116
البيضاء

الهاتف : 0522 80 87 96 / 80 02 81
R.C. : 247708 - I.F. : 45519260
Patente : 36611440
ICE : 000885021000189

M KERROUM

AHMED

Casablanca, le :

15/04/2021

Doit

Docteur RAZIK

ABDELLAÏT

Nomenclature N°

432

OD : cyl sph	175° - 1,00 + 0,75	1000,00
OG : cyl sph	195° - 1,00 + 0,75	1000,00
VP	OD : cyl sph Add 2,75	
	OG : cyl sph Add 2,75	

Verres : UPMI sans vergence PGd AR

Montures : optiques

500,00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Dix mille cinq cent deux 2500,00

Sous le numéro 0522 80 02 81

Mohamed ROKNI Optométriste
LUNETTES DE LA VIE
البيضاء

OG