

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@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'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-559750

6/25/2021

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1599	Société : RAN		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL MIR ELABBOUTI
Nom & Prénom : EL MIR ELABBOUTI			
Date de naissance : 20/06/1950			
Adresse : 16- Cité WAKANATI AIR-DIAS CASA			
Tél. : 0661310985	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Docteur Maryem LAMRANI OPHTALMOLOGISTE El Massira El Khadra - Casablanca Tél. : 05 22 20 45 45 - 05 22 99 47 47		
Date de consultation :	22/05/2021	Age :	61
Nom et prénom du malade :	EL MIR ELABBOUTI		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection oculaire droite		
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 : **CASABLANCA**

Le : **04/05/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25-03-21 CS+KS		1	350,00	Docteur MARYEM LAMEYAN INP : OPHTALMOLOGISTE 38, bd El Massira El Khadra - Casablanca 05 22.94.29.46 et 05 22 94 29 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <small>N° Autorisation IF : 03500754 Identifiant IF : 2351914 - TVA : 814261 C : 2311-0085 : 23501881 IF : 10000000 Ple : 05701881 ICE : 00151508400005</small>	07/04/2021	4950,00 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée; l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000	B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصةَ في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôpital-Dieu de Paris

Casablanca, le 22 mars 2021

EL MIR Abboubi

LUNETTES : monture et verres organiques progressifs antireflets

Vision de loin : OD : +1.25

OG : +1.50

Vision de près : add+2.50

ATLAS OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° Autorisation 1091
Identifiant : 23701881-1f14-TVA: 314261
RC: 72311 - CNSS : 23701881-1f14-06007548
Pte. : 35701881-1f14-0000696
ICE : 001515084000057

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

LYNX OPTIQUE
CENTRE COMMERCIAL MOROCCO MALL
AIN DIAB CASABLANCA
TEL : 05 22 79 63 38
TEL: 05 22 79 63 37

07/04/2021

FACTURE N°: F21/7988

MR EL MIR EL ABOUBI

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	1 950.00
OD : VERRE CORRECTEUR ORGANIQUE ANTIREFLET AMINCI	1 500.00
OG : VERRE CORRECTEUR ORGANIQUE ANTIREFLET AMINCI	1 500.00
Dont TVA (20%)	825.00
	4 950.00

QUATRE MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS

INPE : 095007548 / RC 72311 - TVA: 01000696 - PTE:35701881 - CNSS 2351914
ICE 001515084000057

ATLAS OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° Autorisation 1091
Identifiant INPE 095007548
PTE: 35701881 - IF: 1000696
RC: 72311 - CNSS: 2351914 - TVA: 01000696

ATLAS OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° Autorisation 1091
Identifiant INPE 095007548
PTE: 35701881 - IF: 1000696
RC: 72311 - CNSS: 2351914 - TVA: 01000696