

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 : 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° W21-615616

77408

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12697		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Loudiyi Mohammed Amine
Nom & Prénom : LOUDIYI Mohammed Amine		Date de naissance : 13/05/1985	
Adresse : 123 Boulevard d'Alexandre, Apt 7, Anfa Blvd Anouar, Casablanca		Tél. : 06 71 11 34 18	
		Total des frais engagés : 2750,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
INPL 141201525 Dr ALAOUI ISMAILI Abdellah OPHTALMOLOGUE 6, bis AV. Ahmed Chaouki - FES Tél. 05 35 94 00 04			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 18 JUIN 2021			
Nom et prénom du malade : LOUDIYI Mohammed Amine			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection oculaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : accident			
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.

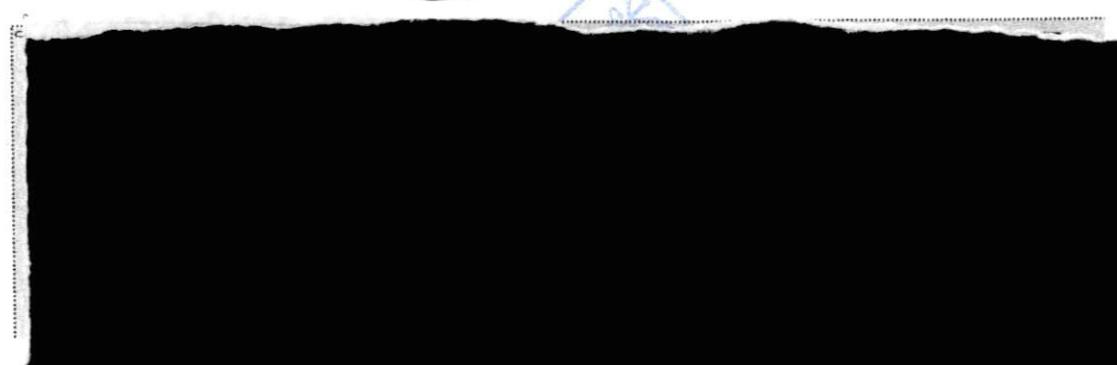
Fait à : Casablanca

Le : 07/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

LA

LA



5

RELEVÉ 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
18 JUIN 2021	Op	1	159,00	INPE: 141201525 INPE 141201525 Dr ALAOUI ISMAILI Abdellah OPHTHALMOLOGUE 6, bis AV. Ahmed Chaouki - FES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/06/2021		100	100		25000.00

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.

18 juin 2021

Mr. LOUDYI Mohammed Amine



141201525

Monture + verres correcteurs pour VL
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 1.50 (- 1.75 à 130°)

OG = - 1.75 (- 3.00 à 163°)



Dr ALAOUI ISMAILI Abdellah
OPHTHALMOLOGUE
6 bis Av. Ahmed Chaouki - FES
Tél. 05 35 94 00 04

© email : alaouiabdellah@hotmail.com

© 0535940004 - 0661828986 - 0664482678 - 0661720873

Espace Bureaux La Fontaine 6 bis Av Ahmed Chaouki sur Av des FAR en face café odyssée FES
⑨ مكاتب لا فونتين شارع الجيش الملكي أمام مقهى أوديسى - على شارع أحمد شوقي - فاس

جمعية مهنية لصانعي وبائعي الالات البصرية بال المغرب
ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

DATE 25/06/2021

NOM M^{me} Loundji Mohammed

ADRESSE : Almine

VILLE : Fes

CACHET DE l'OPTICIEN

10/06/2021

Autorisation n° 14033103

Prescription médicale du porteur

Nos de nomenclature

I. C E: 0000 914 12000041

I. M.P E: 145 01 3538

Prescription Docteur	Loin	OD: 1.45 à 13°	Ref:
	Près	OD: 3.00 à 163°	Ref:
		OG: 1.45	Ref:

FOURNITURES :

Montures : Optique

Verres : 1.67 organique

At Reffah

TOTAL

P.U.	P.T.
4000.00	4000.00
750.00	1500.00
	2500.00

La présente facture TTC arrêté à la somme de

Deux Mille Cinq cent Dir

DR