

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-519856

77414

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10509

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MERYM TATBI

Date de naissance : 13/6/9

Adresse : MAROC RUE 3 KM 63 EME APP 4

Tél. : 0661636565

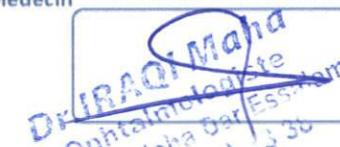
Total des frais engagés :

3400,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/2021

Nom et prénom du malade : MARYAM BEN YOUNA

Age : 21 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allergie oculaire

En cas d'accident préciser les causes : 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

Signature de l'adhérent(e) : BZ



MAR 24/07/2021

MUPRAS

08 JUL 2021

ACCUEIL

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						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
Optique AZHAR VISION Opticien Optométriste	22/05/2021	Lunettes de Vue				3100,00	

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.																
	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"/>																
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES															
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	11433553													
	G	35533411														
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
(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																

Dr. IRAQI Maha

Ophtalmologiste

- Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
- Diplôme de Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification à l'Université de Toulouse.
- Diplôme de Neuro-ophtalmologie et de Oeil et Médecine Interne
- Diplôme de Contactologie à l'Université de Bordeaux



الدكتورة عراقى مها

اختصاصية في طب

و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الاستشفائي ابن رشد

22 mai 2021

Casablanca, le

Mlle MARIKH HOUDA

Monture + verres correcteurs

Organiques + filtre bleu Antireflets Amincis

OD = - 2.25 (- 0.50 à 90°)

OG = - 3.00

1/ THEALOSE

1 goutte 3 à 4 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux

~~Optique AZHAR
VISION~~
Opticien Optométriste

*Dr.IRAQI Maha
Ophtalmologiste
G.R.Es Addoha Dar Essalam
Tel : 05 22 91 13 38*

المجمع السكني الصحي، دار السلام، شارع أم الربيع - طريق الرحمة، عمارة 44، شقة 8، حي الالفة

Groupe Résidentiel Addoha, Dar Essalam, Bd. Oum Rabii, Route Arrahma, Imm. 44 App. 8, Hay Oulfa, Casablanca - iraqimaha@yahoo.fr

Tél.: 05 22 91 13 38 - GSM : 06 78 75 89 89



Optic Azhar Vision

Opticien - Optométriste

Facture : N° 003873

Date : 22.05.2021

Mr. :

MARIKH

Houda

Docteur :

IRAGI

Naha

Type des Verres :

Organique Antireflets

φ + filtre bleu φ 1,56

Monture :

Optique x 1

1102,00

* Vision de Loin :

OD	Axe	Cyl	Sph	
OD	Axe	90°	-0,50	1000,00
OG	Axe	1	Cyl , Sph -3,00	1000,00

* Vision de Près :

OD	Axe	Cyl	Sph
OG	Axe	Cyl	Sph

Add :

Montant :

3100,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

INP: 91023708

trois mille et cent Dhs

IF: 018345