

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° W19-545419

88195

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1925	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENDCHAR M'HAMED
Nom & Prénom : BENDCHAR M'HAMED			
Date de naissance :	17.7.1955		
Adresse :	39 Bd 11 JANVIER ANFA	NOHAMMEDIA	
Télé. :	0661192324	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22 SEP. 2021			
Nom et prénom du malade : MUPRAS			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
2 SEP 2012	5		25000	INP 12 SEP 2012 Médecin : Dr. M. Health Signature : 023 32 21 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	MONTANT	Montant de la Facture
HARMACIE EL AHL Dr. KHALID ZIOUD 354 Bd. El Houria Bl Atta Moh. Ahmed Tél : 06 23 32 77 96	22/08/2021	65,00	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
R. L. T. Z.			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
LOOKNET Opticien-Optométriste 40, Bd. Senna Mohammedia Tél : 05 23 31 03 04	26/09/2021					31.000.000.0H

RELEVÉ 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"/>															
				Début d'exécution <input type="text"/>															
				Fin d'exécution <input type="text"/>															
	O.D.F 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;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
35533411		11433553																	
B		B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>																
			Date du devis <input type="text"/>																
			Date de l'exécution <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Docteur M.QERMANE

OPHTHALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'Ophtalmologie De France



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حاصل على شهادة طب الطيران

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hôpitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

22/09/2021

Mohammedia , Le : المحمدية في :

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

65,00

OXYAL COLLYRE

1 goutte 3 f/j 3 mois

15j

15

RIMAPHARMA
PVC
65,00 DH

BOUDCHAR LEILA :

PHARMACIE EL AHL
Dr. KHALID ZIoud
394 Bd. El Houria El Atta Mohammedia
Tél : 05 23 32 77 86

Dr. M. QERMANE
Ophthalmologiste
Rue Doukkala N°8 - Kasbah
Mohammedia - Tel: 023 32 20 89

200

زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

Docteur M.QERMANE

OPHTHALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hôpitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

22/09/2021

Mohammedia , Le المحمدية في :

BOUDCHAR LAILA ;

Monture + Verres PROGRESSIFS

O D : +0.75 (-0.50 .160°)

O G : +0.25 (-0.25 165°)

De près

O D : ADD +2.50

O G : ADD +2.50



Dr. M. QERMANE
Ophtalmologiste
Rue Doukkala N°7 - Kasbah
Mohammedia - Tel : 05 32 20 89

زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

LOOKNET sarl

Opticien – contactologue
0523310304
40.boulevard sebta .EL Alia
- Mohammedia -

Nom et prénom : BOUDCHAR LAILA

N° facture : 995

Date : 25/09/2021

Nombre	Désignation	Prix TTC (dhs)
1	Monture	1000.00
2	Verres incassable AR 1.5 Progressifs HOYA	2400.00
	Total	3400.00

Arrêter la présente facture à la somme de : trois mille quatre cents dirhams (espèces)

Cachet et signature

LOOKNET
Opticien-Optométriste
40, Bd. Sebta Mohammedia
Tél : 05 23 31 03 04

CODE INPE : 095012266

Rc : 19381 / patente : 39575225 / ICE : 00187322000002 / IF : 20742005