

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.
- Biologie 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.
- Éducation :**
- 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

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° P19- 0040529
ND: 88555

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M135 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TEBBARI ABDELLATIF
Date de naissance : 31/12/1970
Adresse :
Tél. : 06 61 37 26 43 Total des frais engagés : 4700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2021
Nom et prénom du malade : A.L SAID AZIZA Age : 38 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 1/10 MUPRAS
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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/10/21	C.S		20000	Dr. ROUH Mohammed Ophtalmologiste Rés. Zinoun 1 Rue Mansour Adahbi Appt 2, Etage 1 - Mohammed Tél : 05 23 30 44 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

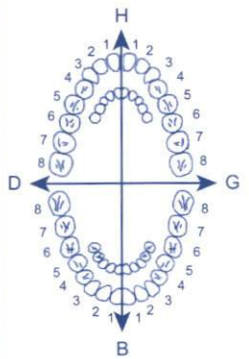
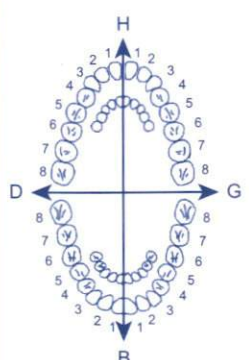
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE EL FATH Bd. Mondoukelt Bloc "J" N° 83 - CASA	10/10/21					45000

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE EL FATH



Bd. Moudibokeita, Bloc «j» N° 83

Casa - GSM : 0661 97 79 82

Patente : 36616616

نظارات الفتح

شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83

الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82

البيانات : 36616616

IF : 40178251

RC : 377480

ICE : 0008056000089

FACTURE

N° 0024284

Casablanca, le :

10/10/2021

M: A. I. S.A.D. A.Z. A.

N° de Nomenclature :

Docteur : Dr. H. H. H. H. H.

Monture: plat. fin. opt. fin. 1500.-

Verres: orga. fin. A. 2 3000.-

VL:

OD: (-0.75 = 85) - 0.50

OG: (-1.25 = 65) - 0.25

VP:

OD:

OG:

Total : 4500.-

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Quatre Mille cinq cents
payables en espèces

OPTIQUE EL FATH
Bd. Moudibokeita
Bloc "j" N° 83 - CASA

9LE 11135

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste



الدكتور الروح محمد
أخصائي أمراض وجراحة العيون

* Ancien Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
* Ancien Medecin Chef du Service d'Ophtalmologie
à l'Hopital Moulay Abdellah.

* طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
* رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي
عبد الله سابقا.

Mohammadia Le : 08/10/2021 المحمدية في

Ait SAID AZIZA

Oxyal

2/1 + 3/1
1 - 1

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste
N° 1 Rue Mansour Addahbi
Etage 1 - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 44 20

إقامة زينون 1 زنقة منصور الذهبي الطابق الأول الشقة 2 - المحمدية
Rés. Zinoun 1 Rue Mansour Addahbi Appt. 2 Etage 1 - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 44 20

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste



الدكتور الروح محمد
أخصائي أمراض وجراحة العيون

* Ancien Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
* Ancien Medecin Chef du Service d'Ophtalmologie
à l'Hopital Moulay Abdellah.

* طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
* رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي
عبد الله سابقا.

المحمدية في : 08/10/2021 Mohammadia Le

AT SAIN AZIZA

11 L Hs de

50 (-0,75 à 80°)
05 (-1,25 à 65°)
OPTIQUE EL-FATH
Bd. Mohammed
Bloc "I" N° 83 - CASA

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste
Rés. Zinoune 1 Rue Mansour Addahbi
Appt 2, Etage 1 - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 44 20

Signature
Vous remercions