

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Educational :

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.

Chirurgie :

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

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° M21- 081720

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2902 Société : DAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KATMOUR MOHAMMED
Date de naissance : 25/04/1967
Adresse :
Tél : 0661296244 Total des frais engagés : 130000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BELKHADIR KAWTAR
Spécialiste en Ophtalmologie
INPE 101257186
7, Av. Al Haouz, 2ème Etage
Bureau 7, Aviation - Rabat
Date de consultation : 14 / 03 / 2022
Nom et prénom du malade : EL KATMOUR MOHAMMED
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Anisotropie
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 : Rabat Le : 14 / 03 / 2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

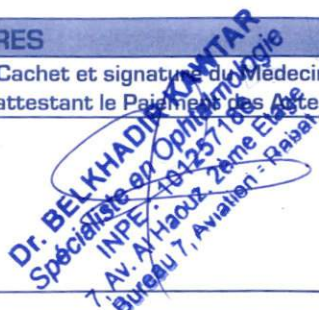
Déclaration de maladie N° M21-81720

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2902
Nom de l'adhérent(e) : M. EL KATMOUR
Total des frais engagés : 130000
Date de dépôt :

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
14/03/22	CS		300,00	


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	
	05/04/22		1	montre		1400,00
			(430)	verres		2600,10
				total		4000,00

VOLET ADHERENT

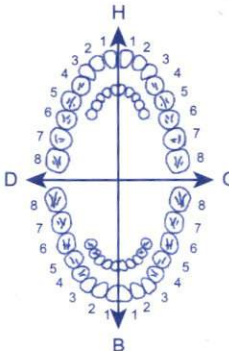
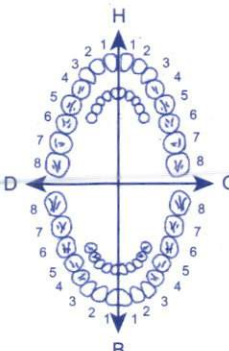
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bil

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR BELKHADIR KAWTAR

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE
ADULTES ET ENFANTS

Lauréate de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancienne Interne du CHU de Rabat
Diplômée des Universités de France



دكتورة كوثر بالخضير

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الكبار و الأطفال

خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بالرباط
خريجة جامعات باريس

14 mars 2022

Mr. EL KATMOUR Mohammed

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = Plan (- 0.25 à 55°)

OG = Plan (- 0.50 à 125°)

VP : ODG = Add : + 2.25

Dr. BELKHADIR KAWTAR
Spécialiste en Ophtalmologie
INPE : 101257186
7. Av. Al Haouz 2ème Etage
Bureau 7, Aviation - Rabat

OPTIPRI
Opticiens Optométristes
Résidence Al Mawdi 4
Angle Boulevard Mohammed VI - Bd. Anouar
Casablanca - Tél : 0622 98 24 68

Dr. BELKHADIR KAWTAR
Spécialiste en Ophtalmologie
INPE : 101257186
7. Av. Al Haouz 2ème Etage
Bureau 7, Aviation - Rabat

شارع الحوز: عمارة رقم 7 (أمام مقاطعة التقدم) الطابق الثاني. رقم 7. الرباط 10200

7, Avenue El Haouz, 2ème étage, Bureau n°7, Takadoum, Rabat 10200

Fixe : 05 37 65 13 13 - GSM: 06 55 02 02 20 - E-mail: Kawtar_belkhadir@hotmail.fr

OPTIPRI

Votre Vision, notre passion

Nom : EL KATMOUR
Prénom : Med
Mutuelle : MUPAS

Facture N° 5266

	VL	VP	CODE
Monture	4409.00		
Verre O D	2609.00		VL 429
			VP
Verre O G			VL 429
			VP
Divers			
TOTAL	4009.00		
- Quatre mille dirhams -			

Mode de Paiement :

Chèque
N°

Espèce

INP 095002143
ICE 001525105000023

Fait à Casablanca

Le 05/04/2022

Cachet et Signature

OPTIPRI
Opticiens Opticiens
Résidence Al Mawlid
Angle Bd. Abdelmoumen 8134 Anoual
Casablanca - Tél : 0522 98 24 68

2, Résidence Al Mawlid - Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual
Tél.: 0522 98 24 68 - Fax : 0522 98 29 87
R.C. N° : 91885 - Patente N° : 34715597 - Ident.Fiscal N° : 1086454