

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-647212

par courrier

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2563 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITÉ
 Nom & Prénom : AHMED CHENNOUNI
 Date de naissance : 30-06-1946
 Adresse : N° 161, RUE SIFILMASSA, BORJ - ESSAOUIRA
 Tél. : 0611 7171 09 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2022

Nom et prénom du malade : EL MEZIANE EZZERTHOU Age : 77 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cataracte droit

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-647212

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible]

INP: 041202883
 Professeur en
 Ophtalmologiste
 Imm. Mamaba, Khorixt ACADIR
 Tel: 0528848300 - Fax: 0528844378

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

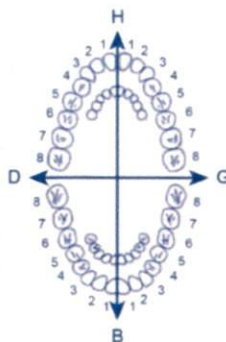
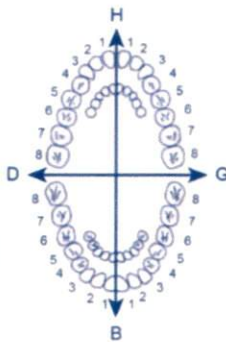
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 						
				MONTANTS DES SOINS 						
				DEBUT D'EXECUTION 						
				FIN D'EXECUTION 						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 						
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		D	G	00000000 00000000 35533411 11433553 B	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000									
	D	G								
	00000000 00000000 35533411 11433553 B									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
					DATE DU DEVIS 					
					DATE DE L'EXECUTION 					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : [][][][][][][]

FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA
Ancien résident de CHU de Nantes - France
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification
Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne
Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
جراحة و أمراض العيون
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية
أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

AGADIR LE : 01/04/2022

HONORAIRE LASER ARGON N° 030/2022

Nom et Prénom : EL MEZIANE EZZARHOUNI LALLA AICHA

Acte k80 : laser argon sur trou niveau de l'œil droit

MONTANT : 1500 DH (MILLE CINQ CENT DIRHAMS ESPEC)

ICE:
001717223000009

Professeur ZADNASS Abdellah
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba Talborjt - AGADIR
Tél. 0528 84 83 00 - Fax: 0528 84 43 78

عمارة مرحبا، زاوية شارع الشيخ السعدي (مقابل ERAC SUD) تالبرجت - أكادير - الهاتف : 05 28 84 83 00 | 05 28 82 22 21 | الفاكس : 05 28 84 43 78

Imm. Marhaba, Angle Bd. Chaikh Saâdi (Face ERAC SUD) Talborjt - Agadir - Tél.: 05 28 84 83 00 | 05 28 82 22 21 - Fax : 05 28 84 43 78

E-mail : zadcabinet@gmail.com

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA
Ancien résident de CHU de Nantes - France
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification
Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne
Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
جراحة و أمراض العيون
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية
أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

01/04/2022

RAPPORT MEDICAL

Je soussigne

certifie que La patiente

EL MEZIANE EZZERHOUNI LALLA AICHA Une rétinopathie diabétique

Il nécessite un P.P.R au laser argan au niveau de l'œil droit.

Certificat delivre a l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Professeur ZADNASS Abdellah
Ophtalmologiste
Imm. Marhaba, Talborjt - Agadir
Tél: 05288443300 - Fax: 0528844378