

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-720838

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>1624</u>	Société : <u>RAM</u>	<u>ND</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>DR AKRAM ABDELMAJID</u>		
Date de naissance : <u>21/01/1949</u>		
Adresse : <u>LOT LAIMOUNE NR 469 CASABLANCA 20190</u>		
Tél. : <u>0522932094</u>	Total des frais engagés : <u>3.500 DH</u>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin Universitaire International Cheikh Khalifa - Pr. Assistant AMINE RAZZAK OPHTALMOLOGIE 091260430		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>30/06/2022</u>	Nom et prénom du malade : <u>AKRAM ABDELMAJID</u> Age : <u>73</u>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 06/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
طاراتي - جابر Optique MOUNAIN	30-06- 119 2026					35.00.00

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 canalaire, ainsi que le bilan d'																
SOINS DENTAIRES	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"/>													
	D.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21423552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21423552												
		D	00000000	00000000												
		B	00000000	00000000												
		G	35533411	11433553												
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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'EX																

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 30/06/2022

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant AMINE RAZZAK
OPHTALMOLOGIE
091260430

M^r AKRAN Abdelmajid

Lunettes de correction pour VL
et VR

$$VL \left\{ \begin{array}{l} OD = +1,25 \text{ (-1,25 à 115°)} \\ OS = +0,75 \end{array} \right.$$

$$VR = OS \text{ add } + 2,75$$

- Progressif
au niveau

نظارات غونايم
Optique GHOUNAÏM
فوجي مساع رصي الكبير التيل مسينا
فترة المساعدة - السار المساعدة

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Assistant AMINE RAZZAK
OPHTALMOLOGIE
091260430

OPTIQUE RHOUNAÎM

119 Bis Av. Reda Gudira
Djamâa - Casablanca
Tél. : 05 22 59 63 27



نظارات غونايم

119 مكرر شارع رضى اكديمة
(النيل سابقا) قرية الجماعة - البيضاء
الهاتف: 05 22 59 63 27

Nº 04647

Client : AKRAM Abdellatif (أكرام عبد الله)

Date : 30-06-2011

Docteur :

Nomenclature N :

VL. OD : cyl sph

VL. AB

-1,25 NS/1,25

OG : cyl sph

+0,75

VP. OD : cyl sph

NO +0,75

OG : cyl sph

NO +0,75

Verres :

VIS ORMA AL 1.56, 230,00

Monture :

PLASTIC 120,00

TOTAL :

350,00

نظارات غونايم
Optique RHOUNAIM

119 مكرر شارع رضى اكديمة (النيل سابقا)
قرية الجماعة - الدار البيضاء