

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

127308

Déclaration de Maladie : N° P19-0020127

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05000 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : MOUTINE Abdellah Date de naissance : 02.10.31.1961

Adresse : Habibuelle

Tél. : 06.61.89.11.81 Total des frais engagés : 9550,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. IRAQIMAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
Gsm : 06 78 75 89 89

Date de consultation : 24 Aout 2021

Nom et prénom du malade : MOUTINE 23NEB Age : 58

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Alzheim scelue

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 : Casa Le : 28/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : Moutine

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
24 Aout 2021			250.00	<p>Dr. IRAQI MAHA Ophtalmologiste City Office Lotissement Missim Tél : 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 75 89 89</p>
TS				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Optic EN Côte d'Or</i> <i>25/08/93</i> <i>C 12783</i>	25.18 2d					23 ex., m/s

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr IRAQI Maha

Ophtalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'hôpital Al Hassani
Diplôme d'OCT en ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse.

Diplômé d'Oeil et médecine interne
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



الدكتورة عراقي مها

طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le

24 août 2022

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lottissement Missimi
Tel : 05 22 91 13 38
Gsm : 06 78 75 89 89

Mme MOUHINE ZINEB

Monture + verres correcteurs

Organiques + filtre bleu Antireflets

OD = - 1.50 (- 0.25 à 160°)

OG = - 1.25

1/ LIROX

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux

ptique Aïda Vision
OPTICEN
N. Fum 135 N 49 Cuirfa
Casablanca B.C 12783
Tel: 05 22 83 22 99

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lottissement Missimi
Tel : 05 22 91 13 38
Gsm : 06 78 75 89 89

المجمع السكني الضحي، دار السلام، شارع أم الريحمة، عمارة 44، شقة 8، حي الألفة

OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

MOUHINE Zineb

CASABLANCA Le 25/18/2022

FACTURE N°: 3992022

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Demande trois co. tabac

Optique Angle Vision
OPTICEN

Siège social : Rue 136 N° 49 GR "N" Oulfa - Casablanca. Tél. / fax : 0522 22 22 22

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765224 - PC : 121702 - ICP : 000000000000