

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.

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° W21-766051

134763

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 663501	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Dr. ALOUAN Amal			
Date de naissance : 01/04/1951			
Adresse : Rue ALKasbah n° 54 Hay l'Imbiat salé			
Tél. : 06 44 64 68 68	Total des frais engagés : 950,00 Dhs		

Autorisation CNP/N° : RA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. ALOUAN Amal
Cachet du médecin :	Dr. ALOUAN Amal
Date de consultation : 11 OCT 2022	Age :
Nom et prénom du malade : Dr. ALOUAN Amal	Conjoint
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dr. ALOUAN Amal	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr. ALOUAN Amal	
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	N° W21-766051
Déclaration de maladie	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 : 663501	Nom de l'adhérent(e) : Dr. ALOUAN Amal
Total des frais engagés : 950,00	Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1 OCT 2022		CP	250.00 H	INP : 101111111111 Dr. ALOUATI HASSAN OPTOMETRISTE OPHTALMOLOGISTE CLINIQUE D'OPTIQUE ET DE MEDICALISME 337 322 111-3 TUNISIE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
VISION EXPERTISSE PARTICULIER TEL: 037812561	11	M	1	0	0	300,00	
	10		2	0	0	400,00	
	22		0	0	0	0,00	

— VOLET ADHERENT

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

الدكتورة أمل علوان

اختصاصية في طب و جراحة العيون
طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط



Dr. ALOUAN Amal

Ophthalmologiste

Ex Médecin à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

11 octobre 2022

Salé, le : سلا، في :

Mme OULED BOUMEHDI Mira

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets

VL : OD = + 2.00 (- 1.75 à 90°)

OG = + 2.00 (- 1.75 à 90°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 3.00

VISION EXPRESS
PTICIER OPTOMETRISTE
TEL:037812561

Dr. ALOUAN Amal
Ophthalmologiste
Imm.67, Appt 1, Lot Al Andalous
Av. Abderrahim Bouabid, Hay Essalam - Salé
Tel : 05 37 810 828 - 06 64 206 564
Email : dr.amalouan@gmail.com



Salé le 17/10/22

Vision Express

Opticien Optométriste

Facture N°

16/22

Nom du Client : M^{me} OULED BACHIR MOURAD mRA

Examiner Par le Dr :

Vision de Loin

Oeil Droit : Sph +2 Cyl -175 Axe 90

Oeil Gauche: Sph +2 Cyl -175 Axe 90

Vision de Prés

Oeil Droit : Sph..... Cyl..... Axe.....

Oeil Gauche: Sph..... Cyl..... Axe.....

Quantité	Désignation	Prix
1	Monture optique	300.DH
2	Verre: optique	400.DH
Total:		700.DH

Arrêtée la présente Facture à la Somme de:

Sept cent DH

*VISION EXPRESS
OPTICIEN OPTOMETRISTE
TEL: 037812561*

Caché & Signature