

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 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (G1) - Fax : 05 22 22 78 38 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-431370

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

011930

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAFA HASSAN

Date de naissance :

07/13/66

Adresse :

Tél. :

0666199117

Total des frais engagés :

2050

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

08 JUL 2019

Nom et prénom du malade :

BARA Med Amine

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anomalie de la fonction

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 11/07/19

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-431370

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 :

4930

Nom de l'adhérent(e) :

BARA

Total des frais engagés :

2050

Date de dépôt :

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
08 جول 2019	cs		2000 H	INP : 35020233 دكتور فرانس خاصي شارع وادى العصافير القاهرة

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Optique AL HIDAYE Optique Optométrie Jamilia 3 Rue 16 N° 8 Cité Ijem tel 05 22 58 49 20 0662 CASABLANCA	17/09/19	1850, -

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

VOLET ADHERENT

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

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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433553 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline G & \end{array}$		Coefficient des travaux <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction)		Montants des soins <input type="text"/>	
	Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>	
			Date de l'exécution <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
ANGIOGRAPHIE - LASER



الدكتور المرزوقي مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

R ABA Med Ameni

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

Porter

habituellement:

-1,25 (-2,5 à 180) -1,5 (-2,0 à 170)

v Anhe-plet

Porter pour
la lecture :

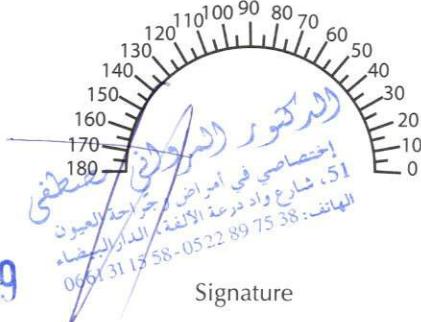
Avec Loupe

Optique AL HIDAYA

Optique Optométrie Contactologie
Jamila 3 Rue 16 N° 3 Cité Djemaa
Tél 05 22 59 49 20 0662 3 32 86
Casablanca



AX-Int



Casablanca, le : 08/11/2019

51، شارع واد درعة (قرب مقهى القدس) الألفة، الدار البيضاء - الهاتف : 0522 89 75 38
51، Bd. Oued Deraâ, Oulfa - Casablanca - Tél. : 0522 89 75 38



OPTIQUE EL HIDAYA

Jamila 3 Rue 16, N° 8, cité djemaa Casablanca

Tel : 05 22 59 49 20 / 05 40 03 50 35

Patente N° 33933016, IF N° 40494547

Facture N° : ME 002333

Casablanca le ; 17/09/2019

Client BABA Mod Amine

Docteur Makouani Mustapha

Nomenclature N° :

VL	{ OD : OG :	-1,25 (-250 à 180)	⇒ 600,00
		-1,50 (-2,00 à 170)	⇒ 650,00 -
VP	{ OD : OG :	⇒
		⇒

ADD :

Type de Verres : ergomique Anti reflet bleu

Monture



Plastique



Métal



⇒ 600,00

1850,00

Total :

Optique AL HIDAYA

Optique Optométrie Contactologie
Jamila 3 Rue 16 N° 8 Cité Djemaa
Tél 05 22 59 49 20 0662 3 32 86
CASABLANCA

Arreter la présente facture a la sommes de :

1850

mille huit cents dirhams