

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° P19- 0041404

11764

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2761 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TANANI BOUCHARAB

Date de naissance : 01.01.1975

Adresse : COOP ECHABAB 02.14 BERRCHID

Tél. : 06.27750369 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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'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) :

GTP



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° W19-445743

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2761

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TANANI

BOUCHAIB

Date de naissance :

01 01 1955

Adresse :

Coop ECHABAB N° 14 BERRCHID

Télé. :

0627750362

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR Zouari Mohammed
Ophtalmologiste
Av Driss El Harti, Moulay Rachid 4
Casablanca / Tel : 0522 7730 72

Date de consultation :

TANANI WI AAM

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-445743

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

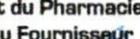
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
21/9/19	CS		200 D.H	Dr. BOUTIBI M'hamed INP : 091171975 INPE : 091171975
26/9/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Bd. Moudibou Laâbi Bloc (J) N°83 - CASABLANCA Tel : 0561977982	31/12/2013	122800,00

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

BELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of points. Numbers 1 through 8 are placed at specific grid intersections. The grid has arrows pointing from D to G and from H to B.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZOUARI Mohameed

Ophtalmologue

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
 - Strabisme - Lentilles de contact
 - Glaucome - Voies lacrymales
 - Angiographie - laser

 - Ancien ophtalmologiste au CHU 20 Août, Casablanca
 - Membre de la société Française d'ophtalmologie
 - Diplôme de l'université de Bordeaux



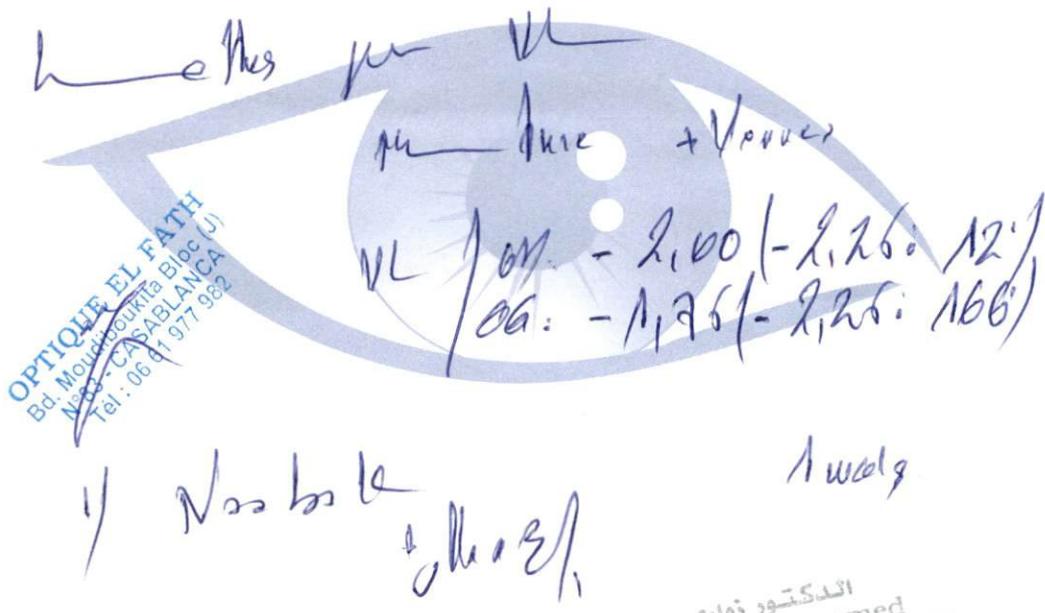
الدكتور زواري محمد

الاختصاصي في أمراض وجراحة العيون

- جراحة الجلاة بالليزر -
الحول - العدسات اللاصقة -
مسالك الدموع - داء الزرق -
تصوير أوعية الشبكة - الليزر -
طبيب سابق بالمستشفي الجامعي -
20 غشت باليضاء
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون -
حاصل على دبلوم من جامعة بوردو بفرنسا -

Casablanca, le 21/12/2013

Tanasi Wifew



الدكتور زواري محمد
ZOUARI Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
193, Av. Driss El Hadi M'Fachid 4
1er Etage N° 02 - Casablanca
Tel.: 05 22 72 30 72

1483 Av. Driss El Harti (devant la faculté des sciences Ibn Msik) N°2, 1er étage, Moulay Rachid Grp. 4, casa
Tél : 0522 72 30 72 - zouarimed@hotmail.com

1483 شارع ادريس الحارثي (أمام كلية العلوم ابن مسيك)
رقم 2 الطابق الاول مولاي رشيد المجموعة 4 - الضاء

OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudibokeita, Bloc (J) N° 83
Casa - GSM : 0661 97 79 82
Patente : 36616616,



نظارات الفتاح

شارع موديبوكينا بلوك "ج" رقم 83
الدار البيضاء - المغرب : 06 61 97 79 82
الباتن : 36616616

FACTURE

N° 0017044

OPTIQUE EL FATH
Bd. Moudiboukita Bloc (J)
N° 83 - CASABLANCA
Tel. 06 61 97 79 82
Casablanca, le : Bd. Moudiboukita Bloc (J)
N° 83 - CASABLANCA
Tel. 06 61 97 79 82

M: TA WANVI WI AAM

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture: MOITURE OPTIQUE

9000

Verres: VERRES INCAPABLES

VL: ANTI RELET

OD: -200 (-220, A2)

OG: -1.8 (-25/166.)

VP:

A 9000

OD:

OG:

Total :

28000

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

MAPAAGAIS

IF : 40178251

RC : 377480

ICE:0008056000089

OPTIQUE EL FATH
Bd. Moudiboukita Bloc (J)
N° 83 - CASABLANCA
Tel. 06 61 97 79 82