

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° W19-496560

12777



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9476

Société : R.A.T

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EDDASSI TAKADDEN Nafat

Date de naissance :

04/10/1958

Adresse :

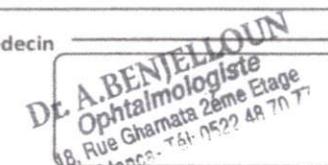
Casablanca

Tél. : 0661964888

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/11/2019

Nom et prénom du malade : YOKADDEN NAFAT Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Presbytie

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 : de l'adhérent(e) :

Le : / /

.....

| 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 |
| 8/11/2019 | as | 1 | 250,00 | INP. 11022978 DR. H. ELLIOT UN Chirurgien-Dentiste Chamata 2ème Etage Tel. 0522 48 70 71 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

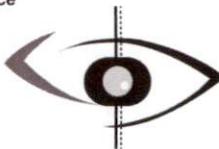
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Docteur Aziz Amine BENJELLOUN
OPHTHALMOLOGIE-CHIRURGIE

Diplômé des Universités de Paris-île-de France

Ancien attaché aux hôpitaux HÔTEL-DIEU
ET BROUSSAIS-PARIS

ANGIOGRAPHIE-LASER-STRABISME
LENTILLES DE CONTACT



الدكتور عزيز أمين بنجلون
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

ـ علاج الحول، جراحة المجهرية، العدسات
ـ تخطيط الأوعية، لازر

ـ خريج كلية الطب بباريس
ـ طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 29/11/2019 الدار البيضاء، في

Yassine Najat HOKKADET

M.A.A.D VISION SARL
50, Avenue 2 Mars, Casablanca
Tél: 05 22 29 84 69

*Amplification de l'acuité
Vues + Marbriée*

VP 08 06

+ 2,50
+ 3 (-0,50 à 10)

ambifiles

DR. A. BENJELLOUN
Ophtalmologiste
18, Rue Gharnata 2ème Etage
Casablanca 10000
Tél: 05 22 29 84 69

FACTURE N° : 0937

DATE : 23.12.19

NOM & PRENOM : MOUADDEH NAJAT

| DESIGNATION | MONTANT |
|----------------------------|---------|
| MONTURE : | |
| VERRES/LC : | |
| VERRES/LC : Organique 1.66 | |
| Blanc | |
| OD : + 2.50 | 200.- |
| OG : + 3.00 (- 0.50 A 10) | 200.- |
| ADD : | |
| AUTRES : | |
| TOTAL A PAYER (TTC) | 400.- |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

quatre cent dirhams

M.A.A.D VISION SARL AU
 50, Avenue 2 Mars, Casablanca
 Tel: 05 22 29 84 69

50, Avenue 2 Mars
 (près du lycée Mohammed V)
 Casablanca - Maroc.
 Tél/Fax : +(212) 522 29 84 69

ICE : 001681640000062
 PATENTE : 36337369
 R.C : 321987
 I.F : 15243170