

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.

Reéducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-596590

64433

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4976 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAFID Abdallah

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 64 16 24 59 Total des frais engagés : 2300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/2020

Nom et prénom du malade : HAFID RAYANE Age : 16 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : affection cardiaque chronique

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-596590

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 : 4976

Nom de l'adhérent(e) : HAFID

Total des frais engagés : 2300

Date de dépôt : 12-02-2021

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	
	29/12/20					2000-00

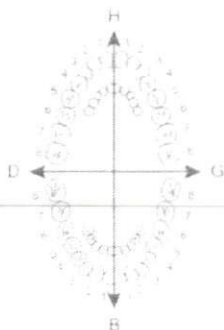
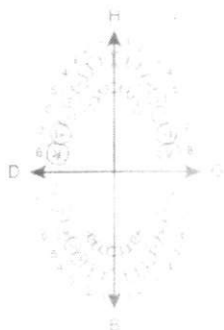
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et de noter le type de traitement 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	H <table border="0"> <tr> <td>25555-12</td> <td>21133552</td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>10000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> B			25555-12	21133552	30000000	00000000	10000000	00000000	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	25555-12	21133552										
	30000000	00000000										
	10000000	00000000										
	00000000	00000000										
	(Creation, remont, adjonction) thérapeutique, réhabilitation, prothèse			DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila RAHMANE

Ophtalmologiste

Adulte et Enfant



الدكتورة لبلى رحمان

اخصائية طب وجراحة العيون

كبار و صغار

- Chirurgie de la cataracte
- Strabisme - Glaucome
- Voies Lacrymales - Angiolaser
- Correction Optique

- جراحة الجلالة بالصدى
- المياه الزرقاء - الحول
- المسالك الدمعية - الليزر
- تصحيح النظر

17 décembre 2020

Casablanca, le

Mr. HAFID Rayane

Monture + verres correcteurs

Antireflets

OD = - 1.00

OG = - 1.00

الدكتورة لبلى رحمان
اخصائية طب وجراحة العيون
تجزة بلاد الخير، رقم 13، الطابق الاول
شارع محمد بوزيان - الدار البيضاء
05 22 70 00 07
07 00 00 00 00

Lot, Bled EL KHEIR n°13. 1er étage,
Bd. Med BOUZIANE - Casablanca
GSM : **08.08.51.87.57**

تجزة بلاد الخير ، رقم 13، الطابق الأول،
شارع محمد بوزيان - الدار البيضاء
الهاتف : **05 22 70 00 07**

Lunette Islam

نظارات إسلام



ICE: 0022128650000000

184 البحيرة الجديدة - درب الإجليل - ست الدار البيضاء

184, Rue des Anglais - Bhira Jdida Casa .RC 264242 Patente 30011275

FACTURE 0000757

Casablanca le : 29/12/20

M. : HAFID RAYANE Doit :

N ° de Nomenclature : 112

Docteur : Laila RAYANE

Monture : optique 800 - 200

Verres : organique Ant-reflet
valeur

VL :

OD : -1.00 600 - 200

OG : -1.00 600 - 200

VP :

OD :

OG :

Total : 2000 - 00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme de :

deux Mille DP

LUNETTES ISLAM
184 Rue des Anglais
Casablanca