

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.

Diagnostique 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

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° P19- 0011782

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KATMOUR Mohamed Date de naissance : 25/04/67
Adresse :
Tél. : 0661296264 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Imoliya Bernoussi EL ALAOUI
OPHTALMOLOGISTE
Résidence Essasou, All. Mohamed V
Entrée 3, Rue Beyrouth, 2ème Etage
Rabat - Tél.: 05 37 70 44 25

Date de consultation : 24/05/2019
Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie : Refractive


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 : Rabat 27/05/2019 Le : 27/05/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
21/11/18	G		212,00	


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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/11/18					650,00

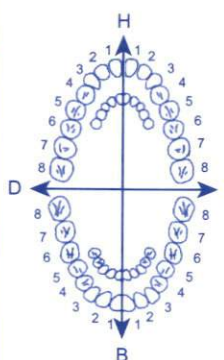
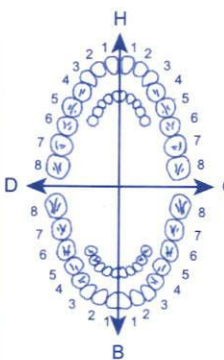
INPE: 105001754

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. Mitaliya BERNOUSSI EL ALAOUI
OPHTALMOLOGISTE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
Ancien Médecin de l'Hôpital des
Spécialités de Rabat
Membre de la société Française d'Ophtalmologie
Angiographie Numérisée-Laser
Consultation sur Rendez-vous

الدكتورة مitalية البرنوسي العلوي

اختصاصية في أمراض
وجراحة العيون
خريجة كلية الطب بتولوز
بيجيوكرافيك مرقمة بالأشعة
طبيبة سابقا بمستشفى الاختصاصات
بالرباط
Rabat, le

EL KATMOUR Mohammed

Rabat, le lundi 27 mai 2019

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS

Oeil Droit : Verre neutre de loin, De près + 1,75

Oeil Gauche : (130° -0,50) , Addition + 1,75

verres anti reflets



Dr. Mitaliya Bernoussi EL ALAOUI
OPHTALMOLOGISTE
Rabat - Résidence Essaaâda, Av. Mohamed V
Entrée : 3 - Rue Beyrouth 2ème Etage - Rabat
Tél.: 05 37 70 44 25



Dinia Optique

2, Angle rue El Hind et Brahim Roudani
Rabat - Maroc - Tél : 05 37 26 02 60

Rabat, le 21/06/04

FACTURE N° .00263 / 19

R
M - EL Khatmour
Hohenmed

Dr. Hitaliya Bernoumi

VISION LOIN

OD : Cyl _____ Sph 8

OG : Cyl -0,50 Sph _____

VISION PRES 000

OD : Cyl _____ Sph } 4 1,75
OG : Cyl _____ Sph }

Désignation

Prix

Monture : Plastique _____

1500,-

Verres : Multigesnif organique Anti-

5000,-

Lentilles : reflet

Observation : _____

Cachet - Signature

TOTAL

6500,-

MONTANT (en lettre)

Six Mille cinq cent
dix-huit