

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Biologie 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.

Déclaration 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 :

2962

Société :

FRAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KATMOU R
MOHAMMED

Date de naissance :

25/04/67

Adresse :

Tél. :

0661296244

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/10/2019

G.M

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
2011/11/18	(3)		273,-	
2011/11/18	(3)			
2011/11/18	(3)			

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	
	le 21/06/19		Voir Facture			650,00

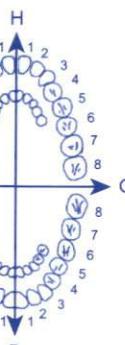
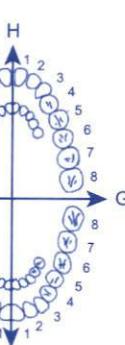
INPE: 105001754

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline B & & \end{array} G $			Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mitaliya BERNOUSSI EL ALAOUI
OPHTHALMOLOGISTE**

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 مثالية البرنوسي العلوبي

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
OPHTHALMOLOGISTE
Résidence Essaâda, Av. Mohamed V
Entrée 3 - Rue Beyrouth 2ème Etage
Rabat - Tél. : 05 37 70 44 25*

*Dr. Mitaliya BERNOUSSI EL ALAOUI
OPHTHALMOLOGISTE
Résidence Essaâda, 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 21/06/19

FACTURE N° 00263 / 19

M- EL Kettoum
Mohammed el

Dr Hitaliya Bernoussi

VISION LOIN

OD : Cyl _____ Sph 8
OG : Cyl -0,75 Sph

VISION PRES 000

OD : Cyl _____ Sph 41100
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-neuf