

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.

diologie 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.

adie 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° P19-0010408

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9382 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : AROUTABIT Hossen Date de naissance : 14-6-69
Adresse : 1101 lot GL 44000 Doura
Tél. : 06 62 77 77 94 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : AROUTABIT ASMAA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Nice de Réfraction

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 : Cins ()

Le : 19/11/19

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
12 SEP 2019	Stoph St Fo (Ko)	80	2500 DH 500 DH 3000 DH	Docteur Bouchra Oufita Signature : N° d'ordre : 3345 N° de tél : 6522 59 89 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05.09.19					

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAÎRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bouchra KARI



الدكتورة بوشري كاري

OPHTHALMOLOGISTE

- Membre de la Société française d'ophtalmologie
- Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août
- Médecin Agrée Pour Permis de Conduire

- اختصاصية في أمراض و جراحة العين
- عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة معتمدة لرخصة السياقة

Casablanca, le الدار البيضاء، في
02 septembre 2019

ABOU TABIT Asmaa

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Amincis

OD = (+ 3.00 à 90°)

OG = + 0.50 (+ 2.50 à 90°)

EUR OPTIQUE
Bd. 10 Mars Sidi Othmane
Tél: 05 22 59 70 31

Dr. Bouchra KARI
OPHTHALMOLOGISTE
241 Bd. Med. Bouziane Rés Farhataine 13
Casablanca, Maroc
(امام مقهى الهدج)

شارع محمد بوزيان إقامة فرحتين 13 الطابق الثاني رقم 5 حي السلام 3 الدار البيضاء

241, Bd Med Bouziane Rés Farhataine Imm 13, 2ème Etage, N°5 Hay Essalama 3 Casa

Tél.: 05 22 59 89 23

EURO OPTIQUE

Bd. 10 Mars N°66 Sidi Othmane Casablanca Tél.: 05 22 59 70 31
 E-mail: Euro optique@hotmail.com

PATENTE : 37203164

Facture N° : 008215 Casablanca, Le 05.09.19

M ABOUTABIT ASMAA

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur	O.D. <u>100</u> O.G. <u>100</u>	O.D. <u>—</u> O.G. <u>—</u>	O.D. <u>—</u> O.G. <u>—</u>
FOURNITURES:			
MONTURES:	optique	1	1
VERRES:	Dynamiques Amincis Anti- (+3,00 à 190)	1	1
O.D.: <u>100</u>			
Vision de Loin O.G.: <u>100</u> (+2,50 à 190)			
O.D.: <u>—</u>			
Vision de Près O.G.: <u>—</u>			

EURO OPTIQUE
 Bd. 10 Mars Sidi Othmane
 Tél.: 05 22 59 70 31

TOTAL 1100,00

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

Quille Sept cent