

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

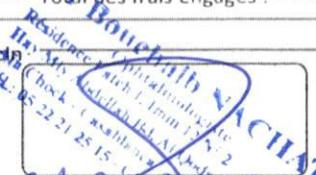


Déclaration de Maladie

N° W19-431608

MFS = 91952

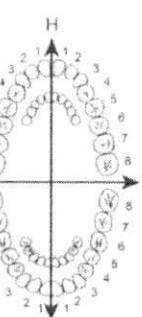
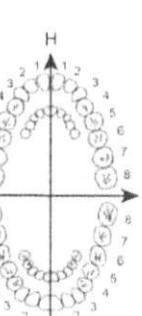
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6412	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>ABDENBI</i>
Nom & Prénom :		<i>AMIN</i>	
Date de naissance :		<i>3.8.1963</i>	
Adresse :		<i>habituelle</i>	
Tél. :	9085	Total des frais engagés :	3800,00 DH

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <i>01/02/2020</i>			
Nom et prénom du malade : <i>BENNIS Meleem</i> Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Urgence de la MUPRAS</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement sous olfconfidential 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 :	<i>Allal</i>	Le :	<i>20 FEV 2020</i>
Signature de l'adhérent(e) : 			

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
01/02/2020	05		200 (HT)	 

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	T M	
<i>OPTIQUE GHITA Opticien Optométriste Hakim El Badi N° 452 - Casablanca Tél: 05 22 60 34 39 GSM: 06 67 00 97 85 Sofia Pollo</i>					<i>3600,00</i>

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D																
	B																
	35533411	11433553															
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

Dr. N. CHAT Bouchaib

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

**Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd
20 Août Casablanca**

- Membre de la société européenne de la chirurgie réfractive (Lasik)
- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



الدكتور بوشعيب نشاط

اخصائي في أمراض و جراحة العيون

**طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
20 غشت بالبيضاء**

- عضو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر
- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون
- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالة بالليزر- تصحيح النظر
- المستعجلات

**ORDONNANCE
01/02/2020**

Casablanca le :

BENNIS Meriem

PAIRE DE LUNETTE + MONTURE

PROGRESSIFS

AR

Oeil Droit : -0,25 (-1,50) à 67° , Addition + 1,75

2

(2)

Oeil Gauche : -1,00 (-3,50) à 117° , Addition + 1,75

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 60 31 39-GSM: 06 67 00 97 85

Dr Bouchaib NACHAT
Ophthalmologiste
Résidence Fatih 1, Imm 12 N° 2
Hay Mly Abdellah Bd. Al Qods
Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتاح 1 عماره 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat-b@hotmail.fr

OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Ben Tachfine Hakam 1
N°454 - EL Hay Mohammedi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428



نظارات غيثة

احفاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

رقم 454 - الحسني

الهاتف: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

32825428

OPTIQUE GHITA

Opticien Optométriste

N° 454 - Bd Ibn Tachfine

Hakam 1, Bd Ibn Tachfine

N° 452 - Casablanca

Tél: 05 22 60 34 39 GSM: 06 69 00 97 85

Ordonnance de M.le Docteur : NACHAT Roumaïs

N° DE nomenclature _____

Correspondant à la prescription _____

LOIN	O.D: (67°, -1,50) -0,25 O.G: (+7°, +3,50) +1,00	PRES	O.D: add +1,25 O.G: add +1,25
------	--	------	----------------------------------

FOURNITURE

Monture : ptique

600,00

Verres : lagerneif op. M.R

3000,00

Etuis :

3600,00

Total : **OPTIQUE GHITA**
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bd Ibn Tachfine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 39 GSM: 06 69 00 97 85

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 08/01/2020

M. ou Mme : BENI S. M. E. M.

ICE: 001789511000067 - IF: 40151582 - RC: 37 20 42 CNSS: 173923031