

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 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.

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0045744

Nº 94386

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1351

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AYTOUN MUSTAFA

Date de naissance :

01.01.1848

Adresse :

BP. ABDELLAH SEN HAÏ

HAY ZERIFIQUIA RUE 55. N° 32 CASA

Tél. 06 18 56 12 13 Total des frais engagés : 61000 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

AYTOUN MUSTAFA

Age : 76

Conjoint

Nature de la maladie :

AFFECTIO... obulaire

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 : CASA

Le : 05.03.2020

Signature de l'adhérent(e) :

Ayto

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

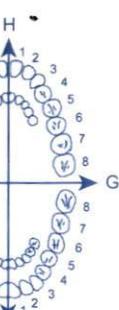
Cachet et signature Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ETIULIANY Mohammmed Praticien Domicilié RC 228336 TP 10MARS N°66 SIDI Othmane 03/03/2020	03/03/2020					1000,-

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

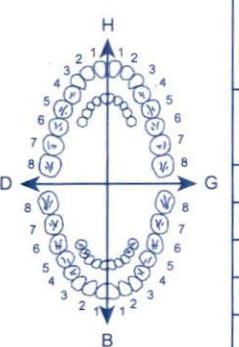
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 03.03.2006
الدار البيضاء، في

Dr. IRAQI Houssaini Karim
Ophthalmologiste
5 Avenue D'Idrissia 4th Floor
Appt. N° 1 - Casablanca
Tel: 05 40 11 03 20 - Fax: 05 22 31 77 20
E-mail: iraquikarim@hotmail.com
INP 095010690

OPTIC ZARRAKA
Optique Opticien Optométriste
RC 228336 - Tél. 05 22 31 77 20
ETTIANAN 886 33203157 - 05 22 31 77 20
Tél. 05 40 11 03 20 - Fax: 05 22 31 77 20
Casablanca - Maroc - 33000
G89 4123272

Dr. IRAQI Houssaini Karim
Ophthalmologiste
5 Avenue D'Idrissia 4th Floor
Appt. N° 1 - Casablanca
Tel: 05 40 11 03 20 - Fax: 05 22 31 77 20

نظارات الزرقاء

OPTIQUE EL ZARKAA

Boulevard 10 Mars N° 66

Sidi Othmane - Casablanca 04

Tél : 02 27 37 22 05

R.C : 228336

TP : 37203157

IGR : 41423272

ICE : 001905045000072

Casablanca, le 3/3/2020

M. A. H. M. A. H. A.

FACTURE

INP 095010630

Ordonnance de Mr Docteur

N° de nomenclature

Correspondants à la
prescription

VI.OD : axe

OG : axe

85 cyl 1.25 sph +1
80 cyl 1.25 sph -0.75

OD = ANNA
OG = ANNA

VP.OD : axe

OG : axe

cyl cyl
sph sph

QUANTITE	DESIGNATION	Prix Unitaire	PRIX TOTAL
1	Montures		500,-
2	Verres		3500,-
	Etués	1.6	
	Total	(en) 4000,-	

La présente facture à la somme de

4000,- Dhs