

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 Abdelfah - 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° W19-429852

SC

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 4969

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FAHAM Mohamed

Date de naissance : 16-6-1965

Adresse : Habtuelle

Tél. : 0666046667 Total des frais engagés : 2700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25-02-2020

Nom et prénom du malade : Faham Khaoula Age: 1997

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : correction optique + affection oculaire

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 : 10/13/2020

ACCOUEIL SIEGE RAM

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-429852

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4969

Nom de l'adhérent(e) : FAHAM

Total des frais engagés : 2700,00

Date de dépôt :

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
25/08/2022	C	C	20000	INP : 1092118543 Dr. EL Ophthal. 219, Avenue Lahiri, Casablanca, 2ème étage, Salle 100 Tél. 0522 21 18 29. URGENCE

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
نمارت النصر OPTIQUE TRIOMPHE Bd Ettabaâ 29 N 34 Elman 83 - Case 20 st. C	1/29/51/20					250000

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda

Ophthalmologiste

الدكتور الزهراوي محمد رضا
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech

* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux

* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكية - جامعة بوردو

* طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le :

25 / 02 / 2020

الدار البيضاء، في:



7th Faham Khama

Lunette pour vision de loin, yeux 2ndh -
- objectifs 2nd vision :

- D.R. : -4,75

- D.L. : -4,50

R

العنوان : 219 ، شارع الهارويين (المدنية) قرية الجماعة، سباتة، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 29 18 29 - 06 39 75 75 70 - المستعجلات :

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemaâ , Sbata 2^{ème} étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70

نظارات النصر OPTIQUE TRIOMPHE

Opticien

Bd Ennil Bloc 29 N°34
Sidi Othmane Casablanca
Tél: 05 22 55 78 83
ICE: 001771540000090
R.C: 411520 - 411522
PATENTE: 37203574
IF: 49438055
CNSS:

Ordonnance de Mr. Docteur

Facture : N° 108106

Le : 21/3/2020

Misiones Nacionales.

1220817001med. 2008

N° de nomenclature correspondants a la prescription	Loin O.D. = <u>19K</u> O.G. = <u>19U</u>	Prés O.D. = <u>/</u> O.G. = <u>/</u>	D.F. O.D. = <u>/</u> O.G. = <u>/</u>
--	--	--	--

Fourniture :

Monture :

Microsiga - 500 -

Verres à

526 On, 1912 Jan
Metrop. Mus. N.Y. Inv. No. 10

O.D.

-43
-4.30

O.G. 2

APPENDIX

Prés

Monture :

Verres :

Q.D.

O.G. 3

Total

2500 -

La Présente Facture à la Somme DH.

Send me 1000 Cents Boys

