

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

tique :

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.

entaire :

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

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- 068386

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

WASMIH MOHAMED

Date de naissance :

10/01/49

Adresse :

33 Rue 131 GRP N QUARTIER OUT FASNA

Tél. : 06 77 06 60 53

Total des frais engagés : 4930,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

31/03/2020

Nom et prénom du malade : WASMIH Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ametropie

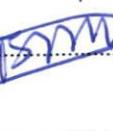
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 30/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :



Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-068386

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 : 1417

Nom de l'adhérent(e) : WASMIH

Total des frais engagés : 4930,00

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
10/03/2016	5		3000 HT	 Dr. Oussoultzoglou Abdellatif Sise à 76 Boulevard Abdellatif Blanca - Tel/Fax: 5522 8955

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Commissaire	Date	Montant de la Facture
ZEKRI Abdellah Docteur en Pharmacie 22, Bd. Oued Moutawa Casablanca - Tel : 05 22 30 13	31/03/20	130,00
Zekri Abdellah 133, Rue Larache Bld Yacoub El Guider Casablanca - Tel : 05 22 36 03 63	30.04.2020	470,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

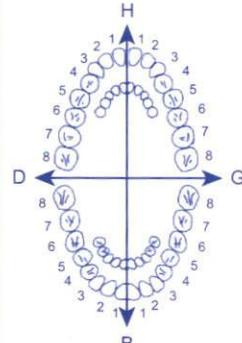
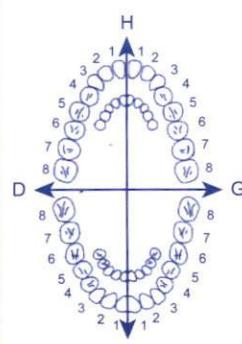
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

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} & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ \hline & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array} $			Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur N. LAOUISSI

Spécialisé en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aero spatiale

الأستاذة لعويسى . ن

إخلاصي في أمراض و جراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

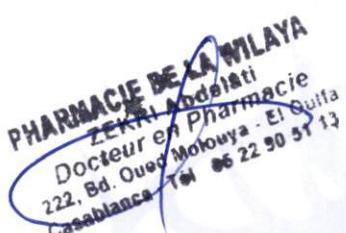
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

Casablanca, le :

31/03/2020



WASPINI normed

le verre progressif

photogray (30° - 2) - 150

DG, (85 - 125)

Vf / 0 DG - dd 2160

130.00

Hyfresh

T = 130.00 goutte x 37



Dr. LAOUISSI N.
Professeur en Ophtalmologie
Sis à 73 Boulevard Abdelloumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel/Fax: 0522 99.46.00

PPC : 130 DH 00

76, Bd. Abdelloumen - Résidence Koutoubia, 1^{ère} Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15



GOLA
LUNETTE

FACTURE N° 003395

Casablanca, le

30.04.2020

M

WASIMH

Med

Quantité	Designation	P.U.	MONTANT
Demi	vom open eye		
Pen	Ultra pro presby		
VU OD	-1,10 (-2,2)	8)	2000,-
OE	(-1,25 -1,8)		2000,-
Astigmatisme	+2,00		
+ monture			800,-
total	4500 dh		4500 dh
LA PTE de M. A. FATHI sur AYAD A. A. ROMAN M. OUAZ cette CNE COM NY ICE 0000 70 90 000 11			

GOLA
LUNETTE
133, Rue Larache Bd Yacoub El Mansour Casablanca
Tél.: 022 36 03 63