

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

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-509945

W19-509945

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21111

Société :

R.A.M.

Retraite

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Lazreg Ghmed

Date de naissance : 13.11.1951

Adresse : 500 Rue Hafidz M'Bark Casablanca

Tél. : 06 68 73 66 04

Total des frais engagés : 3100 Dhs Dhs

Pr. Med. HAMDANI

OPHTHALMOLOGISTE

24, Rue Imane Aloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 01.10.2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-509945

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
11/03/2020	540	3 00	3 00	DR. TAHRI MED. DENTISTE 091071886 0522216751 16 Janvier 2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr M. TAHRI JOUSSI	11/03/2020	2 15,20 DH ICE: 000489360000036

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
LUNETTE KOUJOURY 592, Souk Erraid Derb Ghaliat - Casablanca Gsm : 06 67 93 57 45	01					3100
	06					
	20					

ICE: 001502505000093

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
<img alt="Dental chart showing upper				

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le :

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

11/3/2000
الدار البيضاء في :

CATER
Al ed

Lunette w H

Vision
Photo mid life
of the bleu

$$OD = (90, -115)$$

$$O\bar{A} = (80, -125) - 110$$

18 additif

$$OD u = +210$$

زنقة إمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورڭون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G.) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

Pr. Med. HAMDANI
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne
Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 51 // 46 - Fax : 05 22 26 66 77
E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

LUNETTES KOUTOUBY نظارات كوتبي

Souk Ennajd Derb Ghalef
N° 592 - Casablanca
Tél. : 068 30 87 85
R.C. : 247086
Patente : 34717745



سوق النجد درب غلغ رقم 592
الهاتف : 068 30 87 85
س.ت. : 247086
الباتنت : 34717745

Facture N° 0002345

Docteur Mohammed HAMDAN

Casablanca

01/06/20

M LAZREG Ahmed Doit

Vision de Loin

oeil D	10 ⁻	Cyl	1.50 SPH	Pr	1200	1
oeil G	20 ⁻	Cyl	1.25 SPH	Pr	1200	9

Vision de Prés

alv = + 2.50

oeil D Cyl SPH

oeil G Cyl SPH

TEINTE DE VERRE PROGRESSIFS o RAME A R

Monture Plest: C

700

Nomenclature

TOTAL : Trois MILLE 3100

Cent DH

Q.S.N. : 068 30 87 85
Lunettes Koutoubi - Casablanca
Glasses Koutoubi - Casablanca

001502505000093