

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-509525

M 8 = 300 14

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10081

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RATBAOUI EL MAHJOUB

EL MATH JOURB

Date de naissance :

03 / 05 / 1963

Adresse :

ST LAMARIA II, Rue 36 KM 02 APP 6 Casablanca

Tél. : 0661 13 08 56

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Ratbaoui El Mahjoub

Age :

Nom et prénom du malade :

Ratbaoui El Mahjoub

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 : Casablanca

Le : 1/1/2014

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-509525

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
25/12/2012	C	5	200.00	INP : 6191113165143 Dr. E. O. D. Avenue Lamartine 218 Avenue Lamartine 2ème étage 05 22 28 18 29 - URGENCE

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr. J. C. L. G. B. M. S. A. H. I. G. 20mm. 98 Signature : 31/06/98	10/06/98					25000

VOLEDADHERENT

* 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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r} 25533412 \\ \hline 00000000 \\ \hline 00000000 & 21433552 \\ 35533411 & 00000000 \\ \hline & 11433553 \end{array}$ <p style="text-align: center;">H</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 للشبكي - جامعة بوردو
- * طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le :

25/03/2020

الدار البيضاء، في:

Ratbaoui El Mahjoub

OPTIQUE OULFA
Opticien Optométriste
pt. Al Azahr Gr. 2 Omm. 98, N°10
t. 0665 31 68 44 - Casablanca

* Une paire de lunette 2nd monture, verres progressifs anti-reflets :

$$\text{D}\Delta: +2,25$$

$$\text{D}\Delta: +2,25 (-0,25-73)$$

219 + 2,25 en DΔ

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

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

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

EZZ ZAHRAOUI REDA
Ophthalmologiste Cité Djemaâ



Optique Oulfa

Optique Oulfa

Lot Al Azhar Gr 2 IMM 98 N°10

Casablanca

GSM : 06 65 31 68 44

FACTURE N° 000389

Casablanca, le : 19-06-2022

M : RAT BAOUI EL MAHJUB

N° de Nomenclature : 43N - 431

Docteur :

Monture : Act. optique - 800. -

Verres : progressif 1000. -

VL : ST 1000. -

OD: +2,25 1000. -

OG: +2,25 (-0,25;73) 1000. -

VP:

OD: add +2,25 1000. -

OG: add +2,25 1000. -

Total : 1800. -

Arrêtée la Présente Facture à La Somme de :

Deux mille huit cent

OPTIQUE OULFA

Opticien Optométriste

Lot. Al Azhar Gr. 2 Omm. 98, N°10

Gsm : 0665 31 68 44 - Casablanca