

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Optaire :

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.

Déclaration de 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 : N° P19- 0023896

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3030

Société : Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

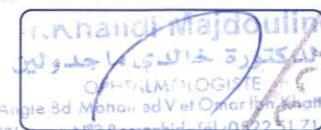
Nom & Prénom : EL OTHMANI Date de naissance : 30.06.51

Adresse : 130 Rue I MAME MALEK

Tél. : 06.67.01.20.44 Total des frais engagés : 2800 + 200 = 3.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07.06.2020

Nom et prénom du malade : EL OTHMANI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

285 astig

285 astig

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 : 130 RUE CHIHI

Le : 19.06.2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/06/20	5	200.50		 Dr. Abdellatif Majeedouline أستاذ مساعي ماجد الدين OPHTHALMOLOGISTE Angle Bd. Mohamed V et Omar Ibn Khattab 1er étage N°2 Berrechid - Tel.: 0522 51 71 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

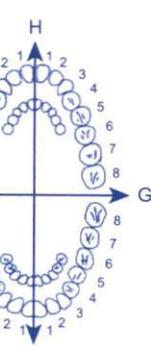
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	18/06/2014					2800,15

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 la

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

إخصائية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهزة للجلالة

- تحفيظ أوعية الشبكة - المزز

- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »

- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »

- طبية سابقا بمستشفى 20 غشت

- طبية داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

Berrechid le, 17.juin.2020

Mr/Mme: Mr. EL OTMANI Med

Monture + verres correcteurs progressifs
anti uv Antireflets

VL :

OD = + 1.75 (- 1.00 à 95°)

OG = + 3.25 (- 2.00 à 90°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

5, lot 1551 Bd Hassan II Berrechid
Tél. 022 23 22 61 - Fax 022 23 27 77
OPTICEN - OPTOMETRISTE
KARIM EDDINE ADEL
OPTIDINE

Dr. Khalidi Majdouline
الدكتورة ماجدولين خالدي
OFTALMOLOGISTE
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
N°2 Berrechid - Tel: 0522 51 77 51

5, Lot Essafi Bd. Hassan II
Berrechid
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 18/06/2020

Client	MR EL OTMANI MOHAMED
---------------	-----------------------------

FACTURE N°533/2020

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	600,00	600,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES PHOTOCHROMIQUES +ANTI REFLET	1 100,00	2 200,00
			2 800,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE HUIT CENT
DIRHAMS**

