

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

tions 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.

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.

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.

ND: 31648

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : TARBOUL Omar

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : Le : / /

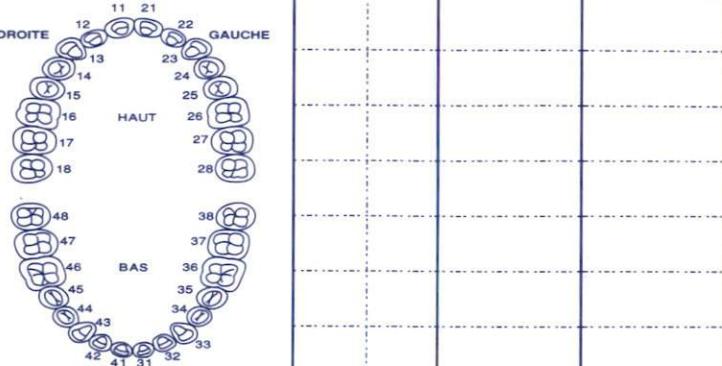
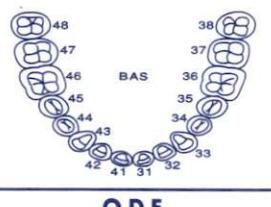
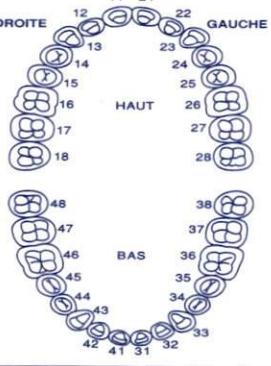
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>														
																			
DROITE	HAUT																		
12 13 14 15 16 17 18	23 24 25 26 27 28																		
																			
BAS																			
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																	
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">DROITE</td> <td style="width: 33%;">H</td> <td style="width: 33%;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td>12 13 14 15 16 17 18</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>48 47 46 45 44 43</td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DROITE	H	GAUCHE	12 13 14 15 16 17 18	25533412 00000000	21433552 00000000	HAUT	D	G	48 47 46 45 44 43	00000000 35533411	00000000 11433553	BAS		
DROITE	H	GAUCHE																	
12 13 14 15 16 17 18	25533412 00000000	21433552 00000000																	
HAUT	D	G																	
48 47 46 45 44 43	00000000 35533411	00000000 11433553																	
BAS																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

VOLET ADHERENT	NOM : <i>JARBOUTI OMAR</i>	Mme 889
DECLARATION N°	P 14 / 52010	MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

Cachet MUPRAS

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 889		
Nom & Prénom <i>JARBOUTI OMAR</i>		Signature de l'adhérent		
Fonction <i>Retraité</i>	Phones <i>06 57 93 03 85</i>			
Mail <i>Haye.noureddine.Bloc 9 Zmn 1 CASA</i>				
MEDECIN	Prénom du patient <i>OMAR JARBOUTI</i>			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <i>73 ans</i>	Date <i>20 JUIN 2020</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<i>Mise de l'implant</i>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
<i>C</i>		<i>250 dh</i>		
PHARMACIE	Date			
Montant de la facture				
Signature et cachet du Pharmacien				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date				
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
CACHET				
AUXILIAIRES MEDICAUX Date <i>30/06/20</i>				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
				<i>320,-</i>
OPTIQUE CHERIFIENNE 16, Bd Bni Mighild Hay Laâyouno Casablanca - Tel. 05 26 08 44 63				

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

OPTIQUE CHERIFIENNE

(opticien spécialiste)

89,Rue Beni M Guild

Casablanca

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :

ABDELALI GOURIBOU



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بنى امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

N° 001090

N° de nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	OD : +1,50 (-1,50 76)	PRES	OD : / / /
	OG : +1,50 (-1,50 24)		OG : / / / +2,25

FOURNITURE

Montures : *of his*

.....
.....
.....

Verres : *Progressif ORMA*

.....
.....
.....

Total : *PAYE ESPECCE*

.....
.....
.....

Arrêtée la présente facture à la somme de
Casablanca le : *30/06/20*

M/ou Mme : *SARBOUI OMAR*

الشركة
OPTIQUE CHERIFIENNE
89, Bd Beni M'ghlid Hay Laayoun
Casablanca Tél. 05 26 08 41 03

Docteur Abdelali GOURINDA

الدكتور عبد العالى گوريندا

Spécialiste en Ophthalmologie

Maladies et Microchirurgie des Yeux

Ex-Médecin Chirurgien à l'Hôpital :

- CHU-Hôpital 20 Août de Casablanca

- Militaire Ibn Sina de Marrakech

- Militaire Mohammed V de Rabat

Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie Réfractive - Phacoémulsification

sur Rendez-vous

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراح سابق بالمركز الإستشفائي 20 غشت بالدار البيضاء

جراح سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش

جراح سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

جراحة الجلالة - حول العين - الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

بالموعد

Casablanca, le 29 juin 2020

Mr. JARBAOUI Omar

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = + 1.50 (- 1.50 à 76°)

Docteur Abdelali GOURINDA
Spécialiste en Ophthalmologie
479 Bloc Castor Bd. Chouhada
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél.: 05 22 60 57 38

OG = + 1.50 (- 1.50 à 94°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

النقطارات التغريفة
OPTIQUE CHERIFIENNE
89 Bd Bni M'ahid Hay Laâyoune
Casablanca - Tél.. 05 26 08 41 63

Docteur Abdelali GOURINDA
Spécialiste en Ophthalmologie
479 Bloc Castor Bd. Chouhada
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 05 22 60 57 38

479, Bloc Castor, Bd Chouhada, Hay Mohammadi - Casablanca

Tél : '05 22'60 57 38