

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-525304

ND: 38376

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9132

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSAKINI

nana

Date de naissance :

29/04

Adresse :

Tél. :

0522 912347

Total des frais engagés :

1900 DHS

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.

10 JUIL 2020

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 07/11/2020

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Demande complément

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-525304

HATAN

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 10102120

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1900

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Docteur Abdellatif ZIOUTI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتور عبد اللطيف زيوتي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون (الجلالة)

طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

فرارة II، زنقة 62 رقم 1، الطابق الأول

الحي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : **05 22 89 88 22**

Strabologie - Lentille de Contact - Laser - Angiographie
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Ferrara II, Rue 62 N° 1, 1^{er} Etage
Hay Hassani - Casablanca

Tél. : **05 22 89 88 22**

Casablanca, le : 29/8/19 الدار البيضاء، في :

Bernard ha/jan
Sand L-Itel
dr - 2

dr - 2

OPTIQUE MASARA

Azhari 1 Rue 11 N° 48 Bis

El Oulemia - Casablanca

Fix : **05 22 65 83 44**

GSM : **06 89 38 70 64**

*Dr Abdellatif ZIOUTI
OPHTALMOLOGISTE
Ferrara II, Rue 62 N° 1 - 1^{er} étage
Hay Hassani - Casablanca
Tel. : 05 22 89 88 22*

معتمد لتسليم شهادة السياقة
Agrée Pour Délivrer Certificat de Conduire

OPTIQUE MASARA
Azhan 1 Rue 41 N° 48 Bis
El Oulett - Casablanca
Fix : 06 22 65 83 44
GSM : 06 89 38 70 64

Bernard
HAFAR

itre N°	28	Le	24/09/19
é	Désignation	P.U.	Total
1	Tenture Plastique	Fvv	Fvv
2	Lunette AR MAXXÉ 1564		
3	- 2,00 sphérique	12vv	12vv
4	- 2,00 sphérique	12vv	12vv
5	Uv multi cent orphu		
6	OPTIQUE MASARA Azhan 1 Rue 41 N° 48 Bis El Oulett - Casablanca Fix : 06 22 65 83 44 GSM : 06 89 38 70 64		# 12vv ORP
7	9.10.23708-		
8	0020 15807000008-		

MATRI	Dossier T NUME	DATE	NOM OUVRANT DROIT	PRENOM MALADE	MONTANT CMSS	MONTANT CMCAS	PRECOMPTE SALAIRE	TOTAL PRESTAT	A VERSER CONVENT.	VIRE PAIE AGENT	A VERSER GUICHET
0578	5 910108	24/09/2019	BERRADA MANAL		99,20	24,80		124,00		124,00	

NOMBRE AGENTS	NOMBRE DOSSIERS	TOTAL C.M.S.S	TOTAL C.M.C.A.S	TOTAL PRECOMPTE	TOTAL GENERAL	TOTAL CONVENTIONNE	TOT. VIREMENT PAR PAIE	TOTAL VERS. PAR GUICH
1	1	99,20	24,80	0,00	124,00		124,00	0,00



ص.ت.ض.إ.
للوكلالات



C.M.S.S.
REGIES

الصندوق التعاوني للضمان الاجتماعي للوكلالات م.ت.

CAISSE MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE

DES REGIES AUTONOMES DE DISTRIBUTION

3، زنقة بوعشيب فراد - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.30.41.17 - ص.ب. 88 - الدار البيضاء
3,Rue Bouchaïb Ferrad - CASABLANCA - B.P.88 - Téléphone : 05.22.30.41.17

FEUILLE DE SOINS ورقة العلاجات

NOM ET PRENOM Bennan A MAJD الإسم الكامل

MATRICULE & SERVICE 115378 الرقم والمصلحة

REGIE ou CENTRE LA MDC الوكالة أو المركز

NOM ET PRENOM Bennan A HADJAR الإسم الكامل

DATE DE NAISSANCE 25-04-1998 تاريخ الازدياد

DEGRE DE PARENTE fille درجة القرابة

En Cas d'accident

في حالة حادثة

توقيع التعاوني
Signature du Mutualiste

S'agit-il d'un accident occasionné par tiers : هل الحادثة تسبب فيها الغير

أشهد بشرف على صحة المعلومات المبينة بهذا المطبوع

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés

NATURE MALADIE التشخصي Date التاریخ

الخاتم والتواقيع
Cachet & Signature

ملاحظات
OBSERVATIONS

Ds. N° :

خاتم وتوقيع التعاوني
Cachet & Signature C.M.S.S.

V)

Partie Réservee Aux Lunettes**ار خاص بالنظارات****1) Devis optique**

Date : التاريخ : Docteur : بيت النظارات

Verres	الوصفة Prescription	رقم قائمة الأعمال N° Nomenclature	نوع الزجاج Nature verres	الثمن Prix	باج ع
V. Loin: O.D.					ع يم
O.G.					ع يس
V. Près : O.D.					ب ع يم
O.G.					ع يس
D.F. O.D.					ج ع يم
O.G.					ع يس
Monture					:
TOTAL					: وع

الخاتم والتوكيل
Cachet & Signature

2) Avis Contrôle Optique**لمكافأة بالمراقبة**

Date : التاريخ : P. en charge n° : لكافالة :

Verres :	تعويض التعا社会效益 Remb. C.M.S.S.	الباقي Reste à charge	الزجاج
V. Loin			
V. Près			
D.F.			
Monture			
TOTAL			

موافقة التعا社会效益ية
Accord C.M.S.S

توقيع المشترى
Signature du Mutual

3) Facture de l'Opticien**رقة النظاراتى**

Date : 24-09-19 التاريخ :

Fournitures :	Verres	24-09-19	الزجاج	واد
	Monture		الإطار	
TOTAL		1900 MDT		موع

OPTIQUE MASARA

Azhari 1 Rue 41 N° 48 Bis

الخاتم والمتسلسل

Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :OPTIQUE

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
21	578	HAJAR	Z9101081	1900.00	10-10-2019

28/10 → Montant
11/10
124,-