

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

ditions 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

entaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12079 Société : 32791

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EYLAL ADDAMO

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) :

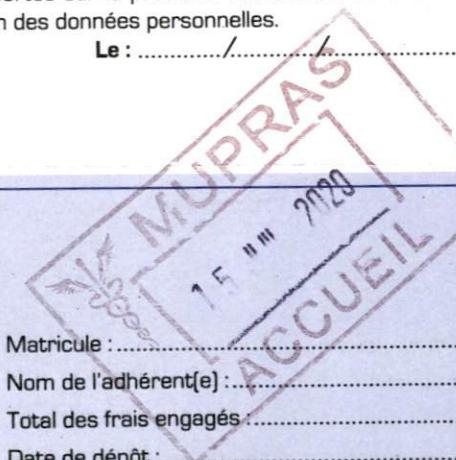
VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-066489

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 :



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
					<input type="text"/>
					MONTANT DES SOINS
					<input type="text"/>
					DÉBUT D'EXECUTION
					<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION
					<input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Visa et cachet du praticien attestant le devis					
Visa et cachet du praticien attestant l'exécution.					
VOLET ADHERENT	NOM :		Mle		
DECLARATION N°	W18-141065				
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					



W18-141065

DATE DE DEPOT

13/03/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 12079

Nom & Prénom FTER ADNANE

Fonction : Phones 0661140208

Mail

MEDECIN

Prénom du patient FTER ADNANE

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie Date 16/03/2020

Affection Doulouïe

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
22		3000,00

PHARMACIE

Date 16/03/2020

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date 13/03/2020

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

Monture + 2 Verres	1700,00
--------------------	---------

couleur NSR

Signature
FTER ADNANE Mounissi
Optalmologiste
3d Brahim Roudani - Casablanca
+212 33 35 22 39

Anisssy Mounissi
Optalmologiste
Brahim Roudani - Casablanca

ANISSEY MOUNISSI
OPTALMOLOGISTE
BRAHIM ROUDANI CASABLANCA
1444 an OLLI Harmonie

CACHET

NEU VISION
Optometriste
Brahim Roudani
20180 Casablanca
+212 33 35 22 39

Dr Mouhssine D'KHISSY

. Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسى محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

le 16/11/2004

M Fjer Advance

Réseau pour CL (Médeus)

$$OP = +0.0(-11 \cdot 17)$$

$$OL = (-0.5 \cdot 20)$$

Valeurs // antécédents // Blue eyes-wc

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسى محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

16/12/2009

M. Fjer Adnan

20 -

1) Corrected coll.

S.V

M. Fjer / J. J. S.

— 11 —

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

New Vision

Lotissement Bachkou
Lot 67 Magasin 11 - 20100 Casablanca
Tél : 05 22 83 00 02

Facture 690

Casablanca, le 13/03/2020

M^r Fjer Adnane

DOIT

La nomenclature avant prescription Docteur <i>P.M.D Khissay</i>	VISION DE LOIN OD ..407 OG ..407	VISION DE PRES OD OG	Bi ou Multifocaux OD OG	Supplément
<u>Fournitures</u>				
1 Monture : <i>optique</i>				montant <i>700,00</i>
2 Verres : <i>organiques noviblue</i>				<i>1000,00</i>
TOTAL T.T.C				<i>1700,00</i>

La présente facture TTC est arrêtée à la somme de :

Mille sept cent dinars

Dont T.V.A (20 %) : *283,33*

Ophtalmologie
Lot Bachkou Mag 11 Lot 67
20100 - Casablanca
Tél : 05 22 83 00 02 - Fax : 05 53 69 43 92

RC 380768 Casablanca - Patente 36392431- Identifiant fiscal: 40456446 –
CNSS 7993141 - ICE 001728504000002