

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 de caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-423261

ND:38868

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10232 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALAH MOUNTASSAR

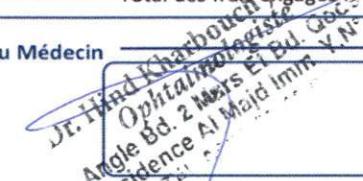
Date de naissance : 12/01/1963

Adresse : HAY EL HATTRA 2 RUE 3 ITT. 12 NR 13 A. N

CHOK CASA

Tél. : 431, 41 Total des frais engagés : 06.612.6389 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 JUIL 2020

Nom et prénom du malade : MOUNTASSAR SALAH Age : 57

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ASHTHEM

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 JUL 2020

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 : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : M

Le : 01/07/2020

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
01 JUIL. 2020	G+P		250 DH 100 DH	INP : INPE 091165993

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAMBAUD AIN CHOCK FOSSÉ BLANCHE 25 22 50 65 10/06 22 21 02 0103	01.04.2020	81,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

د. هند خربوش جندي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة العجلة بالأمواج فوق الصوتية

معاجلة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللазر

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

Spé 6 118001 040643

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml

LOT/ عمار
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXPI/ تاريخ التخزين

H5127

09-2019

02-2021

ZENITH PHARMA
PPV 58.00 DHS
AMM N°: 155/19/DMP/21/NRQDNM

mologie

Chir

Chirurgi

12501223-01

angiographie - Laser

Strabisme -

Lentilles de contact

01 juillet 2020

Mr. MOUNTASSAR Salah

58,00

INDOCOLLYRE



1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

23,40

OPTIPRED



1 goutte x 2/j 6 jours les 2 yeux

= 81,40

Dr. Hind Kharbouch Jouny
Ophthalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y.N°
Tél. 0522 52 10 61

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

Ordonnance

13 juillet 2020

Casablanca le :

Facture N°: FC20070006

- Mr. MOUNTASSAR Salah
- C2: consultation spécialisée = 250 Dh
- +
- K10:
 - Tonométrie +Gonioscopie + pachymétrie +
 - Examen de la périphérie rétinienne :
 - 100 dh

Reçu en espèces la somme de trois cent cinquante dirhams.

DR JOUNDY
 Dr. Hind Kharbouch Jounsy
 Ophthalmologiste
 Angle Bd 2 Mars Et Bd. Qods
 Residence Al Majd Imm. Y, N°1
 Tel: 0522 52 10 61