

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

ND. 32885

Déclaration de Maladie : N° S19-0005207

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7501 Société : Royal air maroc

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAJSAR Sihaue Date de naissance : 08/05/1962

Adresse : 72 Rue Alouroud SETG N° 30 HAY RAHA

Tél. : 0668402124 Total des frais engagés : 5250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/06/2020

Nom et prénom du malade : MAJSAR Sihaue

Age : 56 ans

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aff. cœntinaire

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 : Casablanca

Le : / /

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
240620	CS		365	DR. LALIRANI Oculiste Ophtalmologiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VILLEURBANNE 50 GRAND SUD Rac. GRANDE VALUUM CHAMARTIN	8/7/2020	# 4950,-#

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



87983

Casablanca le :

24 juin 2020

MAJBAR Sihame

Monture + verres correcteurs progressifs

VL :

OD = + 1.00 (- 0.50 à 60°)

OG = + 0.75 (- 0.25 à 160°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

*Boeteur
R. LAMRANI
Ophtalmologiste
OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons (Oasis) - Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 (SLG) / Fax : 0522.25.71.75*

*VAL VISION 302
Bd. George Sand
Rdc. Gataef Val Rami
C.P. 50100 Casablanca
Tél. : 0522.25.71.75*

Urgence 24/24



Casablanca le :

24/06/2

BON DE REGLEMENT

Reçu de M..... Majbar di hame

La somme de : TROIS Cent Dirhams
300.00 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

OPHTHALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
Tél. : 05.22.25.71.71 / Fax : 05.22.25.11.15
Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Ophtalmologiste R. LAMARAN
Docteur

Urgence 24/24

FACTURE

FACTURE N° : **58/2020**

CLIENT : **MAJBAR SIHAM**

DATE FACTURE : **08/07/2020**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : <u>1</u> OPTIQUE	950,00 DH
Verres : OG1 PROG ORG BLANC AR DIAM 65/70	2 000,00 DH
OD1 PROG ORG BLANC AR DIAM 65/70	2 000,00 DH
Nomenclatures : OD : +1.00 (-0.50 à 60°) , Add = +2.50 ,Prisme = +0. OG : +0.75 (-0.25 à 160°) , Add = +2.50 ,Prisme = +0	

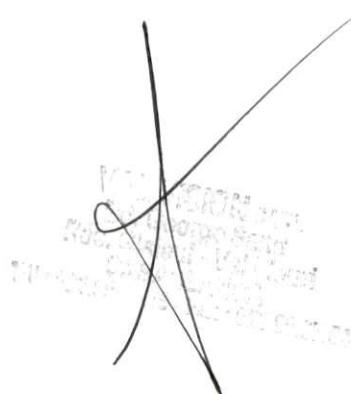
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

QUATRE MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total TTC : **4 950,00 DH**

Total HT : **4 125,00 DH**

TVA 20% : **825,00 DH**



000028416000038

