

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

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.

ntaire :

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.

ladie 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

NPD: N° P19- 068028

33168.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2126

Société : la retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAZARI

AHMED

Date de naissance : 1939

Adresse : Rue 35, Hay moudia, Immeub 14

Tél. 05 22 57 47 82

Total des frais engagés : 1071,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AOUIFOUCHI
Ophthalmo^{giste}
Hay Sadri, Av. Moâti Ben Ziad
Imm. "D" N° 7 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/2020

Nom et prénom du malade : NAZARI AHMED

Age: 1939

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Allehr o malai

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 : 09/07/2020

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
05 juil 2020	Ophtalmologie		250.000 Dhs	Dr. AOUIGUI Ophthalmogiste Hay Sadri, Av. Makti Ben Ziad Imm. "D" N°7 - Casablanca,

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAURENT BOURGEOIS PHARMACIE DU VILLAGE	09.07.20	521.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

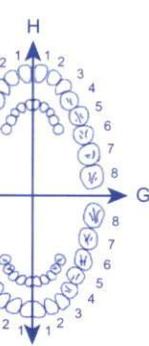
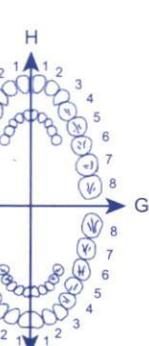
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. AOUFOUCHI

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact...

Chirurgie de la Myopie

الدكتور م. أوفوشی

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

حـلـة - الـزـرـاق - الـحـول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر- العدسات اللاصقة ..

جراحة عيوب البصر

الدار البيضاء، في

Casablanca, le 09 JUIL 2020

N A Z A R E AHMED,

$$\begin{array}{r}
 164.20 \times 5 \\
 \xrightarrow{\quad} \underline{10 \text{ for } 5 \text{ with } 4 \text{ as } \text{ remainder}} \\
 + 21.00 \\
 \hline
 821.00
 \end{array}$$



Dr. AOUFOUCHI
Ophtalmogiste
Hay Sadri, Av. M. A. AOUFOUCHI
Imm. "D" N° 7 - Casablanca

شارع المعطى بن زياد - عمارة "د" رقم 7 - حي الصدر- المركب الخيري بن امسيك سيدى عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.71.95.56
Av. Maâti Ben Ziad, Imm. "D" N°7 - Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Tél.: 05.22. 71.95.56

Tél.: 06 39 81 02 94 /95

LOT S033762 1
EXP 08 2021
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML

6 118001 160082

LOT S029887 2
EXP 06 2021
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML

6 118001 160082

LOT S029887 1
EXP 06 2021
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML

6 118001 160082

LOT S029887 2
EXP 06 2027
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML

6 118001 160082

LOT T002108 1
EXP 11 2027
PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML

6 118001 160082