

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

- 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.

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° W19-542523

*couleur
NSP*

33331

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

06402

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKERZOUK

DRISS

Date de naissance :

09-02-1965

Adresse :

1055 RUE 71 LOT EL WAHDA 1

DEROVA

Tél. :

06 73 72 54 31

Total des frais engagés : 2700, DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/06/2020

Nom et prénom du malade :

AKERZOUK-MARWA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

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 :

MOUSSAK

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-542523

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 :

06402

AKERZOUK

Nom de l'adhérent(e) :

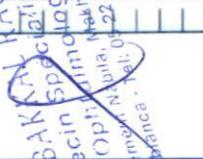
AKERZOUK

Total des frais engagés :

2700, DHS

Date de dépôt :

15-06-2020

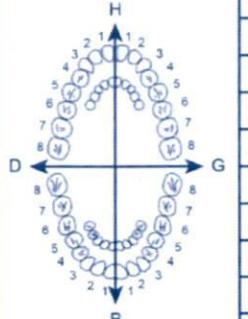
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16.06.2010			200,00 DH	INP :  Dr. MED. OPTIC. KHALFI L'opticien de la caserne

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIC KHALFI OPTICIEN OPTOMETRISTE AGREE COOPERATIVE ECHASSAS 1 TRONCHE N°113 DEROUA	19.06.2010	2500,00 DH OPTICIEN OPTOMETRISTE AGREE COOPERATIVE ECHASSAS 1 TRONCHE N°113 DEROUA CODE / INP 170518084

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT	
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.	

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 l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
B	00000000	00000000		
G	35533411	11433553		
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmologist

Diplomé des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucoma - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب

الدار البيضاء

جراحة العيام البلياض، [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

2020-06-26

Akergel Mouloud

Monture avec la correction
pour VL

• OD: -1,25

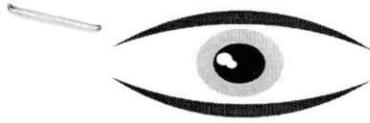
• OG: -0,50

OPTIC KHALFI
OPTICEN OPTOMETRISTE AGREEER
CDPPEKATIE ECHABADA
TUNIQUE N°13 DEROUA

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhlof N°2
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11

تجزئة نبيلة مخلوف رقم 334. الطابق الثاني N°2

Tél : 0522 03 11 11 / Email : rachaelbakkal@gmail.com



Optic khalfi

Opticien Optometriste

Nom: AKER Zouf - MARWA
Docteur: RACHA EL BAKKAL

Date: 19.06.2020

N° de facture : 00 110179

					Prix
VL	OD	Axe.....	Cyl.....	Sph.....	-1,25
	OG	Axe.....	Cyl.....	Sph.....	-0,50
VP	OD	Axe.....	Cyl.....	Sph.....	
	OG	Axe.....	Cyl.....	Sph.....	
	ODG	Add.....			
Verres	Oxygénique AMIN Cis traté				
Monture	Plastique				
OPTIC KHALFI OPTICIEN OPTOMETRISTE AGREE COOPERATIVE ECHABAB 1 TRONCHE N°113 DEROUA					Total: 2700,00

Arretée la présente facture à la somme de: deux mille cinq.

Centz D.H.

Cachet et signature

OPTIC KHALFI
OPTICIEN OPTOMETRISTE AGREE
COOPERATIVE ECHABAB 1
TRONCHE N°113 DEROUA