

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.

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.

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

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° P19- 059084

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14 03 Société : 35296
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUGHA GHANIA
Date de naissance :
Adresse : 66.48
Tél. : 6.61.15.48.64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02 JULY 2020
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 : 02 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		Montant des soins
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
G																	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis														
			Fin d'exécution														

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM: BOUGJA GHANIA	Mle 1403
DECLARATION N° P 14 / 0031631		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
17/07/20	3400 DH	1
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		



P 14 / 0031631

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1403
Nom & Prénom: BOUGJA GHANIA		
Fonction: Veuve	Phones: 06 61 19 64 48	
Mail: BENANI DAKHANA		

MEDECIN	Prénom du patient: BOUGJA GHANIA
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age:
Nature de la maladie: Amétropie	Date 30-09-2020
	Date 1ère visite:

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes: 3	Nbre de Coefficient:	Montant détaillé des honoraires: Gratuit

PHARMACIE	Date:
Montant de la facture:	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date: 15.05.2020
Désignation des Coefficients:	Montant détaillé des Honoraires:

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date: 15.05.2020														
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td>2 verres</td> <td></td> <td></td> <td>3400 DH</td> </tr> </table>	Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV		2 verres			3400 DH	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires											
AM	PC	IM	IV												
	2 verres			3400 DH											

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Site à 76 Boulevard Abdelmoumen
Ressortissement Koutoubia
Casablanca - Tél: 0522 90 46 01

CACHET
Optique
82, Bd. /
Tél: 0522 98 95 46 / 47

Cachet
MUPRAS

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aero spatiale

الأستاذة لعويصي . ن

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca, le : 30-04-2020

Bouja Ghania

lunettes progressif

VL / OD (90 - 0,75) + 2,50
OG (95 - 0,50) + 2,25

UP / OOG add 2,50

GAM OPTIC
Opticien - 82, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522 98 95 46 / 47

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Rue 276 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél : 0522 99 46 00

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia 1^{ère} Etage - Casablanca



Tél. : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

GAM 'OPTIC

CASABLANCA LE : 15-05-2020

FACTURE : 89- 2020
DOCTEUR : PR . LAOUISSI

NOM : BOUGJA
PRENOM : GHANIA

	LOIN	OD : (90°-0.75)+2.50 OG : (95°-0.50)+2.25
	PRES	ODG : ADD+2.50
1 MONTURE		
2 VERRES VARILUX ORGANIQUES BLANC AMINCIS 1.56+ANTI_REFLET PREVENCIA	OD : 1700 OG : 1700	3400
		3400

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE QUATRE CENT DIRHAMS

82, BD ABDELMOUMEN, ANGLE RUE SOUMAYA .CASABLANCA
TEL 0522 98 95 46 - FAX 0522 98 95 47 - Email: gamoptic@yahoo.fr

RC 265 552 - **PATENTE** 34772352 - **IF** 42504630

ICE 0004494800000001 - **CNSS** 600416

INPE 095005120