

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° W19-558549

46793

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7847		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELMEGDER MOHAMMED			
Date de naissance : 12-06-1969			
Adresse : LOT ALOROUBA RUE 16 N° 9 AIN CHOK			
Tél. : 06 73 74 89 83	Total des frais engagés : 3300,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. QARFA DRiss OPHTHALMOLOGISTE 295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA Tél: 05 22 56 21 77 INPE: 091167353-ICE: 001677789000055	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : ELMEGDER MOHAMMED Age: 51 ans	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA Date : 05 NOV 2020
Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-558549	
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).	

7847
Nom de l'adhérent(e) : ELMEGDER
Total des frais engagés : 3300,00 Dhs
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HABITS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/08/2019	Consultation	300		 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des émissions	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Bottsfeld & pliqué 810, Bd. 2 Mars - unara 1 - fin Chapt Case Tél.: 05.22.50.69.26 + 05.26.10.22.88 02/11/20	02/11/20					300€ -

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 d'indiquer 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'MDT

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B 	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. QARFA Driss



الدكتور القرفة إدريس

OPHTHALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.

VOIES LARYMALES.LASER.ANGIOPHARIE

Bousfiha Optique
Boulevard de l'Indépendance - Casablanca, le
Tél: 05 22 59 09 26 / 05 22 59 09 25
Fax: 05 22 59 09 27

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع

أنجيوغرافيا - الليزر

الدار البيضاء، في

74/10/2020

Dr. QARFA Driss

Le patient a été examiné et il a été prescrit les lunettes suivantes :

Vue droite = +0.90 C 051 A 770

Vue gauche = +0.80 A 150

Vue de loin = +0.90

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochain contrôle dans :

Dr. QARFA Driss
295, Bd Driss El Harti - CASABLANCA
Ophtalmologiste
Tél: 0522 56 21 77
Fax: 0522 56 21 77
MPE: 0911673333, ICE: 001677789000058

295. شارع إدريس الحارتي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 56 21 77

295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77

Dr. QARFA Driss



الدكتور القرفة إدريس

OPHTHALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.

VOIES LARYMALES.LASER.ANGIOPGRAPHIE

أخصائي أمراض وجراحة العيون
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع
أنجيوغرافيا - الليزر

Casablanca, le

24/10/2020

B3 Se 76682 R

Janebokjim

Next 4/5

Dr. QARFA Driss
OPHTHALMOLOGISTE
CASABLANCA
295, Bd Driss El Harti - 1er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77
Tél: 05 22 56 21 77
IMPE: 091167353-0522 0016778900666

Traitemen à ne pas interrompre jusqu'au prochaine control dans :

295 شارع إدريس الحراري - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف:

295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77



FACTURE

230

CLIENT(E) : EL MEGDER MED

DATE :02/11/2020

PRODUITS		QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC															
MONTURE OPTIQUE		1	500	500															
VERRE ORGANIQUE		2	1250	2500															
PROGRESSIF AR																			
<table border="1"><tr><th></th><th>S</th><th>C</th><th>A</th><th>AD</th></tr><tr><td>OD</td><td>+0.25</td><td>+0.50</td><td>170</td><td>+2.00</td></tr><tr><td>OG</td><td>PL</td><td>+0.75</td><td>15</td><td>+2.00</td></tr></table>			S	C	A	AD	OD	+0.25	+0.50	170	+2.00	OG	PL	+0.75	15	+2.00			
	S	C	A	AD															
OD	+0.25	+0.50	170	+2.00															
OG	PL	+0.75	15	+2.00															
		-----	TOTAL TTC	3000															

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DHS TTC

Bousfiha Optique
810, Bd. 2 Mars - Inara 1 - Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05.22.50.69.26 / 05.26.10.27.88