

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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° W19-562752

47495

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : Royal Air Maroc

☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUSSI LAHOUCINE

Date de naissance : 30-06-1946

Adresse : Avenue HASSAN 02 Rue Mly Abdelhachid
NR 07 Hay EL HASSANI Casablanca 20000

Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 1594 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. GOURRAM Mohamed
OPHTALMOLOGISTE
Angle Rue de Marrakech Lot TILDI
Tél. : 05 28 82 36 87 AGADIF

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 AOÛT 2020

Nom et prénom du malade : Soussi Lahoucine

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 : 11/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W19-562752

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
17 AOUT 2020		2	2500	INF 041067828 Dr. GOURRAM Mohamed OPHTALMOLOGISTE Angle Rue de Marrakech Lot TILD Tel: 05 28 82 36 87 AGADIR

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.08.20	44.00

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ANASS OPTIQUE Opticien Optométriste Bd. Biranzarak N° 303 Deheira	12/08/20					ANASS OPTIQUE Opticien Optométriste Bd. Biranzarak N° 303 Deheira

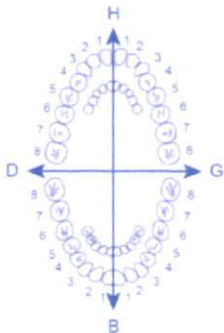
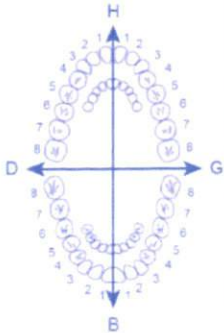
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ANASS OPTIQUE

بصريات أنس



Bd : Bir Anzarane N° 303 Dcheira
Tél : 05 28 27 05 12 - Fax : 05 28 27 18 16
R.C : 9734 - Patente : 49710037
T.V.A : 28073

شارع بئر أنزران رقم 303 - الدخيرة
الهاتف 05 28 27 18 16 - الفاكس : 05 28 27 05 12
م.ت : 49710037 - بلاتنا : 9734
ض.ق.م : 28073

INPE : 045009495

IF : 76217735

ICE : 001878798000059

Facture 0000677

Date: 17/08/22

Doit: SOUSSI LAHOUCINE

Qté	Désignation	P.U	P.Total
1	Monture.	300,00	300,00
2	Verres Correction.	500,00	1000,00
	Progressifs		
	ANASS OPTIQUE Opticien Optométriste Bd. Bir Anzarane N° 303 Dcheira		
	ANASS OPTIQUE Opticien Optométriste Bd. Bir Anzarane N° 303 Dcheira		

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Trois Cent

et

P.Total

1 300,00

Dont T.V.A

Composition:

1 ml de solution isotonique contient

Dexpanthénol 30 mg

Alcool polyvinylique 14 mg

Excipient à effet notoire:

chlorure de benzalkonium 0,05 mg

Lire attentivement la notice! Ne pas laisser

à la portée des enfants! Ne pas stocker à

plus de 25°C. A utiliser dans les

6 semaines après ouverture du flacon.

التركيبية:

لكل 1 ملل من المحلول متساوي التوتر

ديكسبانثينول 30 ملغ

بولي فينيل الكحول 14 ملغ

المواد معروفة التأثير:

كلوريد البنز الكونيوم 0,05 ملغ

يرجى قراءة هذه النشرة بعناية! لا تترك الأدوية

في متناول الأطفال! يجب تخزين هذا الدواء

في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية. يستخدم

في غضون 6 أسابيع بعد فتح القنينة.

سيكابر وتكت (م)

ديكسبانثينول و بولي فينيل الكحول

10 ملل من قطرات العين

للغرس في كيس الملتحمة

إر صافارم

Laboratoires STERIPHARMA

Boite n° 347 Sidi Maârouf

Maroc

Pharmacien

Siccaprotect®

30 mg / 14 mg



Flacon 10 ml



6 118001 110353

Steripharma
PPV:22.00 dh

Composition:

1 ml de solution isotonique contient

Dexpanthénol 30 mg

Alcool polyvinylique 14 mg

Excipient à effet notoire:

chlorure de benzalkonium 0,05 mg

Lire attentivement la notice! Ne pas laisser

à la portée des enfants! Ne pas stocker à

plus de 25°C. A utiliser dans les

6 semaines après ouverture du flacon.

التركيبية:

لكل 1 ملل من المحلول متساوي التوتر

ديكسبانثينول 30 ملغ

بولي فينيل الكحول 14 ملغ

المواد معروفة التأثير:

كلوريد البنز الكونيوم 0,05 ملغ

يرجى قراءة هذه النشرة بعناية! لا تترك الأدوية

في متناول الأطفال! يجب تخزين هذا الدواء

في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية. يستخدم

في غضون 6 أسابيع بعد فتح القنينة.

سيكابروتكت (م)

ديكسبانثينول و بولي فينيل الكحول

10 ملل من قطرات العين

للغرس في كيس الملتحمة

إر صافارم

Laboratoires STERIPHARMA

Boite n° 347 Sidi Maârouf

Maroc

Pharmacien

Siccaprotect®

30 mg / 14 mg



Flacon 10 ml



6 118001 110353

Steripharma
PPV:22.00 dh

Dr Mohamed GOURRAM

Ophtalmologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتور محمد كرام
اختصاصي في امراض وجراحة العيون
خريج كلية الطب بمنبولي

Le 17/08/2020

Mr SOUSSI Lahoucine.

22.000.2

SICCAPROTECT

1 goutte, 3 fois par jour,
pendant 1 mois,



PHARMACIE DCH
Dr. RAPOUA
319 Bd. des P
Dakhla El Jh
Patente: 4910279 / Tel: 05 28 27 04 15

44,00

Dr. GOURRAM Mohamed
OPHTALMOLOGISTE
Angle Rue de Marrakech Lot TILDI
Tél: 82.36.87 AGADIR

ملتقى زنقة مراكش - تجزئة تيلضي - أكادير

Angle Rue de Marrakech, Lotissement Tildi - AGADIR

الهاتف / الفاكس : 05 28 82 36 87

Dr Mohamed GOURRAM
Ophtalmologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتور محمد غرام
اختصاصي في امراض وجراحة العيون
خريج كلية الطب بمنبوبي

ICE : 001658032000091

AGADIR LE17 AOUT 2020

FACTURE

M. *محمد بنو*

C2 : 250DH

Arrêtée la présente note à la somme de
DEUX CENTS CINQUANTE DIRHAMS

Dr. GOURRAM Mohamed
OPHTALMOLOGISTE
Angle Rue de Marrakech Lot TILDI
Tél.: 05 28 82 36 87 AGADIR

ملتقى زنقة مراكش - تجزئة تيلضي - أكادير

Angle Rue de Marrakech, Lotissement Tildi - AGADIR

الهاتف / الفاكس : 05 28 82 36 87