

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-578901

53665

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3586	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KADRI HASSANI Hanan			
Date de naissance : 31/1956			
Adresse : 2912 FEZ californie USA 21150			
Téléphone : 011 212 51 83 362	Total des frais engagés : 3822,61	Dhs	

Cadre réservé au médecin		DOCTEUR KARIM BENEDDOUCHE 15 OPHTALMOLOGIE	CONV. HONO.LIBRES
Prénom du médecin : KARIM	Prénom du patient : KADRI HASSANI Hanan	3 R CHABERT 94700 MAISONS ALFORT TEL: 01 43 25 31 44 94 1 12753 2	00 9 31 0 CAB CONV ZTSO ZTR
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :		Age:	
Lien de parenté :		<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		Bansan d'anti moulle	
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 : **Chambre** Le : **14/10/2020**

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
14/10/26	O		 DR. BENEDEDOUCHE DOCTEUR, 15. OPHTH. ALMOLOGIE	 DR. CHABERT 3- R. CHABERT 94200 MAISONS ALFORT TEL: 01.43.75.31.44
				 DR. CONV. CONV. HOMO LIBRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
IRIS OPTICAL Opticien 3, Rue Casablanca  26 79 79	16/11/11 Optométriste Casablanca 26 79 79					328000

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



FACTURE N° 01013

90. Rue D'Agadir - Casa

زنقة أكادير البيضاء

Tél. : 022 26.79.79

الهاتف : 022 26.79.79

R.C. N°: 232422

السجل التجاري : 232422

Patente N°: 34204937

بياناتا : 34204937

Casablanca, le : 16/11/2020

Client : KADRI HASSANI HANAA

Docteur : K. BENDEDDOUCHE

Vision de Loin

OD : Sph +1.75 Cyl -2 Axe 105
 OG : Sph +2.25 Cyl -2.5 Axe 90°

Vision de Près

OD : Sph Cyl Axe
 OG : Sph A50 Cyl +2.75 Axe
 Cyl Axe

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
OD Vene progressif orange 1,6 benc	1	1565,00	1565,00
OG Vene progressif orange 1,6 benc	1	1715,00	1715,00
			<u>3280,00 Dhs</u>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Tray mille deux cent quatre vingt six francs

IRIS OPTICAL
Cachet et Signature
Opticienne Optométriste
90, Rue d'Agadir Casablanca
Tél. 022 26.79.79

CABINET D'OPHTALMOLOGIE IRIS

DOCTEUR K. BENEDDOUCHE

OPHTALMOLOGISTE

Ancien Assistant Spécialiste

Chirurgien à la Clinique de Bercy

Attaché au CHI de Villeneuve Saint Georges

MALADIES ET CHIRURGIES DES YEUX
LASERS - LENTILLES DE CONTACT

94 1 70183 1

RESIDENCE VILLA TOPAZE

3, Rue CHABERT

94700 - MAISONS ALFORT

Tél : 01.49.77.10.92

Fax : 01.49.77.10.99

SUR RENDEZ VOUS

.Madame KADRI HASSANI Hana

Maisons Alfort, le mercredi 14 octobre 2020

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS

Oeil Droit : (105° -2,00) + 1,75 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : (90° -2,50) + 2,25 , Addition + 2,75

IRIS OPTICAL
Opticien Optométriste
90, Rue des Casablanca
75011 Paris

