

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.

Bééducation :

- 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0030139

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) _____			
Matricule : <u>9887</u>	Société : <u>135.888</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>ABDeL Kader</u>
Nom & Prénom : <u>AMDAoui</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>0522276167</u>	Total des frais engagés : Dhs		

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>	<p>Date de consultation : / /</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>
	
<p>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.</p>	

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Montants des soins
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Début d'exécution
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Fin d'exécution
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Coefficient des travaux
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Montants des soins
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Date du devis
Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Omnidirectionnel) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Date de l'exécution

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 D 00000000	21433552 G 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2887

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

REFORMÉ

Nom & Prénom :

AMRAOUI

Abdelkader

Date de naissance :

01/01/1954

Adresse :

15 - Rue Nisrine - Casablanca

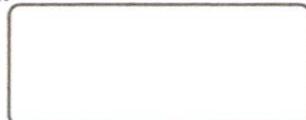
Tél. :

(05) 22 276 167

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

BALHOUMI Saâdia

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Lui-même

Nature de la maladie :

effusion 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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration de maladie et la connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 20

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-526850

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 2887

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
27/01/2022		62	250,00	INP : 05104769 Dr El Azz Haimi Choucair Ophtalmologiste à Paris Tous droits réservés

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Opticien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>OPTIQUE Adil El HADJ S.A.R.L. Opticien Optométriste 97 Bis, Boulevard d'Alsace Casablanca - T. 05 22 54 18 97</p>	21/10/97	3000,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

VOLET ADHERENT

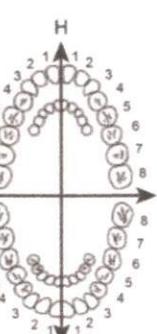
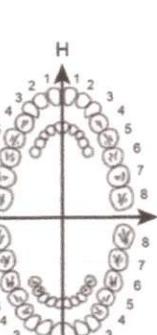
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT



02/11/2022

FACTURE N : 1835/22

Client : Mme BARHOUMI Saadia

Correction : Od +0.75

Og +1.25 (-0.50 a 55) add +3.00

<u>QTE</u>	<u>DESIGNATION</u>	<u>P.U</u>	<u>Prix TTC</u>
<u>1</u>	<u>Monture optique</u>	<u>500.00</u>	<u>500.00</u>
<u>2</u>	<u>Verres progressifs ormix 1.6 AR</u>	<u>1250.00</u>	<u>2500.00</u>
		<u>TOTAL</u>	<u>3000.00</u>
		<u>PRIX HT</u>	<u>1666.66</u>
		<u>TVA 20%</u>	<u>333.33</u>

Total facture arrêtée à la somme de trois milles dirhams

*OPTIKADIL SARL
Adil EL YOUSFI
Opticien - Optométriste
97 Bis , Boulevard d'Alsace
Casablanca - Tél.: 05 22 54 18 71*

Docteur EL ASRI Halima

OPHTHALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

الدكتورة العسري حلية

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le : 27 OCT. 2022

BAR HOUNI SAADIA

Amelis Sees passgaengs
Antinglers

- Sijierlein

$$05 = + 0,75$$

$$06 = (-0,50 + 55^\circ) + 1,25$$

- Sijier Preis

$$050 = 655 + 3$$

~~OPTIKADIL SARL
Adil El Yousfi BI
Opticien Optométriste
97 Bis, Boulevard d'Alsace
Casablanca 10522541897~~

~~Dr El ASRI Halima
Ophthalmologue
59, Bd. Zerkouni Casablanca
Résidence les Fleurs~~