

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8298 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAFTI YOUSSEF

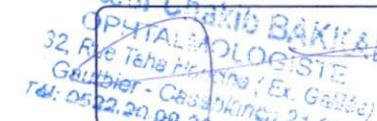
Date de naissance : 19/06/1968

Adresse :

Tél. : 0660741661 Total des frais engagés : 5090,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2023

Nom et prénom du malade : CHAFTI YOUSSEF

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Diabète

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.

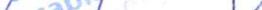
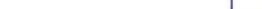
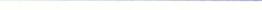
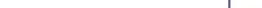
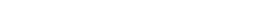
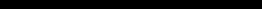
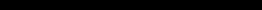
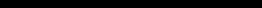
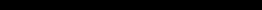
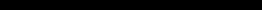
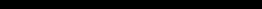
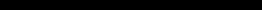
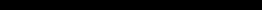
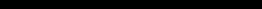
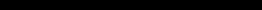
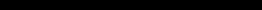
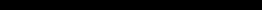
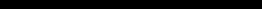
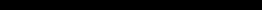
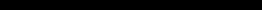
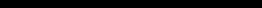
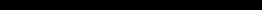
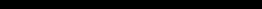
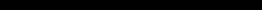
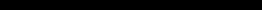
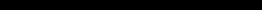
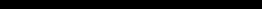
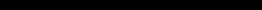
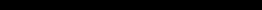
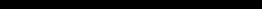
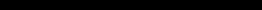
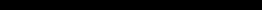
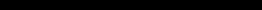
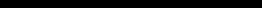
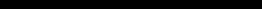
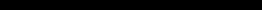
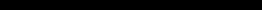
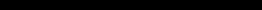
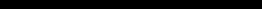
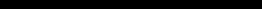
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : CHAFTI YOUSSEF



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
10-01 2023	CG		300	                                                                                                                                                               

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>N° 3 Rés Jacinthe El Kadmiri Q Val Fleur Casablanca - RC : 529259 Tél : 0524 223 528</i>	16/01/2023	<i>N° 3 Rés Jacinthe El Kadmiri Q Val Fleur Casablanca - RC : 529259 Tél : 0524 223 528</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

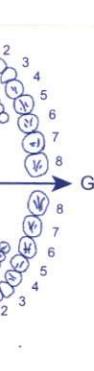
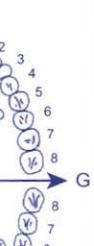
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Chakib BAKKALI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

32, Rue Taha Hocine (Ex. Galilée) - Gauthier
20 060 Casablanca
Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75
Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

Casablanca, le **10 Janvier 2023** الدار البيضاء، في

Mr. CHATT YOUSSEF

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 1.00

OG = + 1.00

VP :

ODG = Add : + 2.50



Docteur Chakib BAKKALI
OPHTHALMOLOGISTE
32, Rue Taha Hocine (Ex. Galilée)
Gauthier - Casablanca 20 060
Tél : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Information client

Date de la facture : 16/01/2023

Numéro de facture : 241

- Nom & Prénom : Chatt Youssef
- Téléphone : 0660745665
- E-mail :

Dernière réfraction

#	Sphère	Cylindre	Axe	Addition
Oeil droit	+1.0			+2.5
Oeil gauche	+1.0			+2.5

Liste des produits

	Description	Quantité	Sous Total TTC
Monture <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Métal	• Monture	1	1090.0
Verre	• / VERRE_ORGANIQUE • / PROGRESSIF • / 1.5 • / ANTI_REFLET / FILTRE_LUMIERE_BLEU	2	3700.0

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre mille sept cent quatre-vingt-dix Dirhams	Total HT	3991.67
	TVA (20%)	798.33
	Total TTC	4790.0

OPTIQUE ET VISION CASABLANCA
 N° 3 Res Jacinth Rue Ahmed El KADMIRI Val Fleuri
 Casablanca RC : 529259
 Tél : 0522-23-1328

Optique et Vision Casablanca

Société à responsabilité limitée, Capital de 10 000 DH

SIEGE SOCIAL : LOCAL COMMERCIAL N°3 RUE AHMED EL KADMIRI QUARTIER VAL FLEURI RES JACINTH

QUARTIER MAARIF - CASABLANCA / Tél: 0522-23-13-28

IF : 50555531 | RC : 529259 | ICE: 003006247000058 | TP : 34702816 | INPE : 065037376