

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

146 887

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009065

Maladie

Dentaire

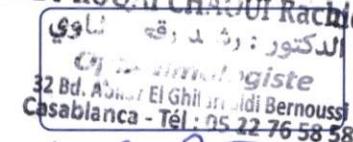
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2766 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : A Zou G A Date de naissance :
 Aicha
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin : Dr. ROOAI CHAOUI Rachid

Date de consultation : 05/01/2023

Nom et prénom du malade : A Zou G A. A ISCHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : / /

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
20/03/2023	6	+	30000	CESEDBA-AUDIT-03-2023 Signature : Dr. [Signature]

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>M-A-D Optic Opticien Optométriste 63 Rue Eugénie Casan</i>	<i>20/01/2023</i>					<i>380000</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

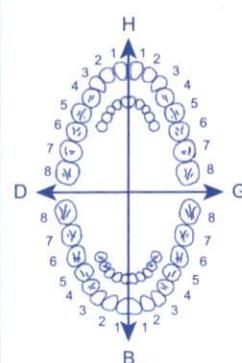
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement orthodontiques, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ROQAI CHAOUI Rachid

OPHTALMOLOGISTE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Med V à El Jadida
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie Laser

الدكتور رفعي شاوي رشيد
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون.
رئيس سابق لقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد الخامس بالجديدة
أنجيوغرافيا أشعة الليزر

Casablanca, le : 05/01/2023 الدار البيضاء، في

MME AZOUGA AICHA

Verres correcteurs :

- *Vision de loin*

OD : (10°, +1) +4

OG : (0°, +0,75) +3,5

- *Vision de près*

OD : Add +3

OG : Add +3



Nature des verres Progressifs

+ Monture

Dr ROQAI CHAOUI Rachid
الدكتور رفعي شاوي
Ophtalmologiste
32 Bd. Abid El Ghifari Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél. : 05 22 76 58 58

32, شارع أبي ذر الغفارى - حى أمال 3 - سيدى البرنوصى - (أمام مقهى إشبيليا) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 76 58 58
32, Boulevard Abid El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi - (en face du café Ichbilia) - Casablanca - Tél. : 05 22 76 58 58
E-mail : chaoui.ophtalmo@hotmail.com



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° :

Casablanca, le 20/02/2023 N° 002141

Mme / Mr : Azouaga Aicha

Dr : Regza chacai

*Akram Daali
Inpe : 065032633*

VL

VP - Add

OD : (10, +1,00) +4,00

OD : Add. + 3

OG : (0, +0,75) +3,50

OG : Add = + 3

Monture

Verres

optique

progressif sur optique MTC
Princis

700,00 DHs

8500,00 DHs

Total à payer : 3200,05 DHs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille deux cent dirhams

Cachet et signature

Cachet et signature

*M-A-D
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibate Casablanca*

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE : 002642590000069