

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.

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

M22- 0012234 AS 28/14

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9045 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SKIRÉDJ CHAKIB

Date de naissance : 20 Juin 1958

Adresse : Romandie II tour yaftis casa

Tél. : 0663011265 Total des frais engagés : 300+4800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/01/2023

Nom et prénom du malade : SKIRÉDJ CHAKIB

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRES

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

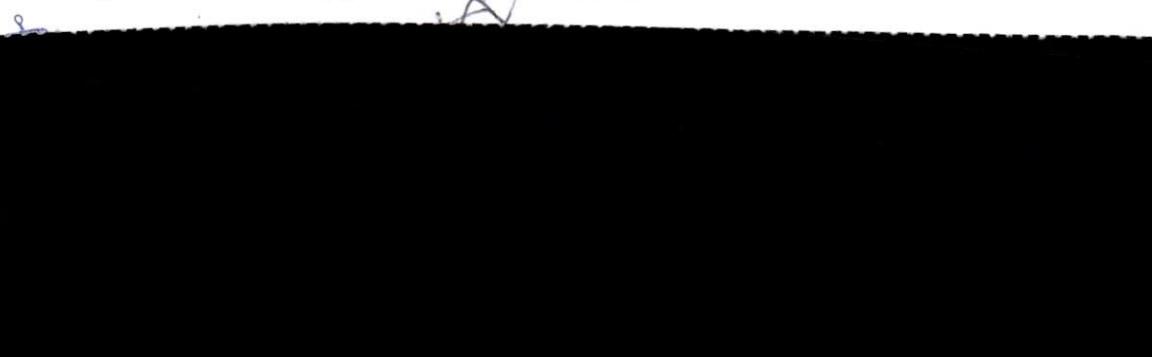
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 MAR 2023

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 Le : 20/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

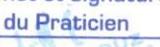
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/02/2023	CS	1	300.00	DR EL ALAOUI Sidi Chirurgien-orthopédiste Boulevard Zemoura 522943165-USA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23.08. 2023	2	vere			4800,00
				1 monture		

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 in each quadrant, with 1 at the midline and 8 at the periphery. Each tooth is accompanied by a symbol representing its function: upper front teeth have a 'P' (incisor), upper lateral teeth have a 'Y' (canine), upper molars have a 'V' (bicuspide), and lower teeth have a 'U' (molar). A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'H' points upwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saida EL ALAOUI

Ophthalmologiste

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

20 février 2023

SKIREDJ Chakib

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques

Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 1.00 à 160°)

OG = + 1.00 (- 1.50 à 25°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

Pielvue
Opticien
YASMINA BENAZZOUZ
281 route de Casablanca 10223 Casablanca
E-mail: pielvues@gmail.com

Dr. EL ALAOUI Saida
Ophthalmologiste
207, Boulevard ZERKTOUNI
Tél.: 0522949166 - CASA

PLEINE VUE OPTIQUE

281,ANGLE RUE KADI IYASS ET RUE ABDELLAH RAJII(EX.

MAARIF.CASABLANCA

Tél/fax : 022.23.13.06

FACTURE

FACTURE N° : **22/2023**

CLIENT : **SKIREDJ CHAKIB**

DATE FACTURE : **23/02/2023**

DESIGNATION

PRIX TTC

Montures : 1 **ARMANI EA3169 5893 53/17**

1 300,00 DH

Verres : OG1 **ACTIVA LUMIERE BLUE 1.5**

1 750,00 DH

OD1 **ACTIVA LUMIERE BLUE 1.5**

1 750,00 DH

Nomenclatures : OD : +0.50 (-1.00 à 160°) , Add = +2.50 ,Prisme = +0

OG : +1.00 (-1.50 à 25°) , Add = +2.50 ,Prisme = +0.

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

QUATRE MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Total TTC :

4 800,00 DH

Total HT :

4 000,00 DH

TVA 20% :

800,00 DH

*PleinE
YASSINA BENAZZOZ
281,angle rue kadi iyass et rue abdellah rajii
Maarif-casablanca
Tél/fax : 022.23.13.06
E-mail: pleinevue@gmail.com*



123456789

IF; 1102777 R.C; 143239 Patente; 35790468 - - ICE; 000159205000036 INPE; 095004859
Adresse; 281,ANGLE RUE KADI IYASS ET RUE ABDELLAH RAJII(EX.PYRENEES) MAARIF.CASABLANCA
Tél/fax : 022.23.13.06 Email; pleinevue@gmail.com