

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 canaux, 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 canaux.

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

N° M21- 064702

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 157990 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6413 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : BASTOR FAOUZI
 Date de naissance : 05-11-64
 Adresse :
 Tél. : 6661121686 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/04/2023
 Nom et prénom du malade : BASTOR MANOUCHE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : cataractologie
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
11.04.23	C.S		300	


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

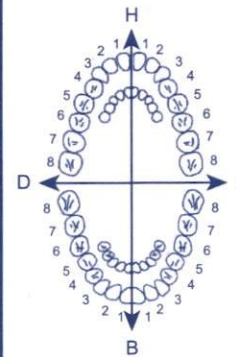
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
2400.00 DH	12/04/2023			2 vene +		

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

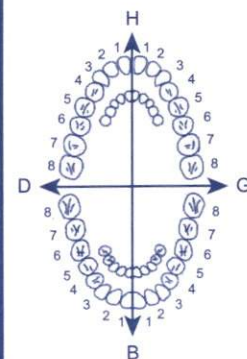
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

Facture

	Facture N° :	TAK OPTIC 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif Tel: 0522-256704
	845	
	Date :	
	2023-04-12	
	Client :	
	BASTOR	
	MAMOUNE	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	-4.25	-1.25	180	
VLG	-4.00	-1.25	175	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIQUE ANTI REFLET	1	700.00	700.00
2	ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	700.00	700.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	1000.00	1000.00

TVA	20%	Total TVA	400.00
Total HT	2000.00	Net à payer	2400.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

deux mille quatre cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

TAK OPTIC - 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif - 0522-256704 - visionexpress.casablanca@pubwebo.com
IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE:095014494


Mme Mounia Salmi
75 Bd. Bir Anzarrane, Casablanca
INPE: 095014494



مركز العيون بئر أنزران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux


Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

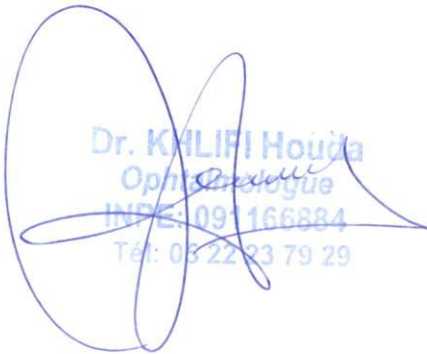
الدكتورة هدى خليف
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
خريجة جامعة باريس VII
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le : 11/04/23 الدار البيضاء في

Bashon. Mounou.

Verres e monture. anti reflect

 = - 4,25 (- 1,25 à 180°)
OG = - 4. (- 1,25 à 175°)


Dr. KHLIFI Houda
Ophtalmologue
INPE: 091166884
Tél: 05 22 23 79 29


TAK OPTIC
Mme Mounia Salmi
7484 Bir Anzarane, Casablanca
INPE: 095014494

