

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 :

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhess@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 Et^e Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-780347

Corriger

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11990	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		AMINE NAJOUA	
Date de naissance :		27-02-1980	
Adresse :		lot SANIA N° 06 Mohamed Ali	
Tél. :	0661132143	Total des frais engagés : 3750 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la 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 D'HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/03/2023	C3	25000	25000	INP : 091M80153

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

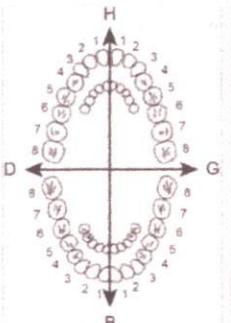
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

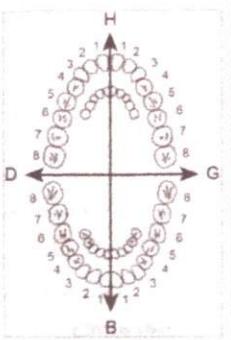
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTICAL ADVICE Opticien Optométriste P.C Plaza1 Angle Yacoub El Mansour Bissem Ben Kheirine N°1-Abhar 1000 31-03-2023	26/03/2023	26/03				35000

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr HASNAE SKIKER

Maladies et Chirurgie des Yeux (Adulte, Enfant)
Ancien Interne au Centre Hospitalier
Universitaire de Rabat



تورة حسناء سكير

وجراحة العيون (كبار، أطفال)
داخلية سابقة
الاستثنائي الجامعي بالرباط

Diplôme d'Adaptation Lentille de Contact
(Université Versailles Paris)
Diplôme de Chirurgie Refractive et cataracte
(CHU Casablanca)
Diplôme de Pathologie chirurgicale de la Rétine
(Université Lorraine Nancy)
Refractive surgery Masterclass
(EDP London)

03 février 2023

Mohammedia, le المحمدية، في

Mme AMINE Najoua

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, AntILED

Vision de loin :

OD = - 0.50 (- 0.25 à 75°)

OG = Plan (- 0.25 à 60°)

~~OPTICAL AUDITIO~~
Opticien Optométriste
Parc Plateau Angla Yacoub El M
el Youssef Ben Jachmed N° TMA
Tel: 05.23.30.4

ZERODUE

une goutte 3/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Dr. SKIKER - زوجة Dr. EL HAJAJI
OPTOMETRISTE
Rue Dr. Hassan Seighini
Immobilier El Seurgane - Mohammedia
Tél. : 06 76 93 59 07

تلف: 06 76 93 59 07 - تلف: 05 23 32 59 70 - بريد: cabinetophthalmologiedrskiker@gmail.com

الطابق السفلي، عمارة بوركان شتارع عبد الرحمن السريغيني قرب صيدلية المسبح - المحمدية

OPTICAL AUDITION

Client: Mme AMINE NAJOUA

N° Facture: FAN78812303240508

Date: 24/03/2023

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	1800
VERRE OD ORG AR: -0.50(-0.25 à 75°)	1	850.00
VERRE OG ORG AR: PLAN(-0.25 à 80°)	1	850.00
HT	2916.67	
TVA 20.00%	583.33	
TTC	3500.00	

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Parc Plaza I, Angle Yaacoub El Mansour
Youssef Ben Tachfine N°1-Mohammedia
Tél. 05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS

PARC PLAZZA I, ANGLE YAACOUB EL MANSOUR, YOUSSEF BEN TACHFINE IMM. M N°1-MOHAMMEDIA

Tél:05.23.30.47.13/ N°PATENTE:14378870 / N°IF:14378870 / N°RC:RCN 12303

ICE:001509644000079/ INPE: 095013348 / Email: opticalaudition@gmail.com