

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° P19-0049160

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2405 Société : RAM 167688
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KAHLI ABDERRAHIM
Date de naissance : 15.11.53
Adresse : Lotissement OMARIA Rue 31 N°17
Ain Elhak CAMA
Tél. 06.69701644 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06.07.2023
Nom et prénom du malade : KAHLI ABDERRAHIM Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : vice de refraction
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 : 07.07.2023

Le : 07.07.2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
06/07/2023	5		2000H	

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

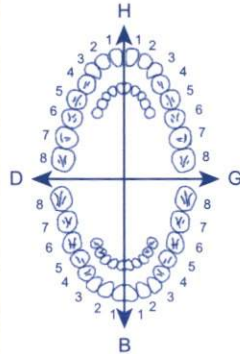
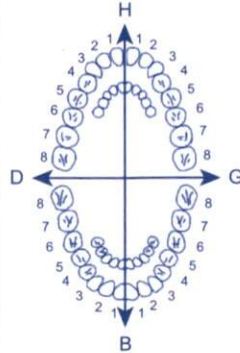
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
1-A-D Optic Praticien Optométriste Rue Rouibate Casa	6/07/23					3700,00H

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° :

N° 012718

Casablanca, le: 6 - 07 - 2023

Mme / Mr: KAH LI ABDEERRAHIM

Dr:

VL

OD : -1,25 (-0,25 x 90°)

OG : -1,25 (-0,25 x 95°)

Monture

Optique

700, DH

VP-Add

OD : add +3,25

OG : add +3,25

Verres

Progressif BICAR

3000, DH

Total à payer: 3700, DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois mille
Sept cent

M.A.D. Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

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

Capital 100.000 - Patente: 3502703 - IF: 47232711 - RC: 6123

ICE: 002642590000069

Docteur Moussaoui Karima

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Cataracte (Phacoémulsification)

Chirurgie des voies Lacrymales

Lentilles de contact-Strabisme

Angiographie - Laser



الدكتورة موساوي كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جلالة بالليزر جراحة مسالك الدموع

العدسات اللاصقة - الليزر

راديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le 06/07/2023 الدار البيضاء في

habili optométriste

— l'acte de V. M. pour la

00... - 1,25 (- 0,25 ; 90°)

00... - 1,25 (- 0,25 ; 85°)

V. M. : 000... + 3,25 (0°)

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
53 Rue Aguibate Casa

Dr. MOUSSAOUI Karima
Spécialiste des Maladies et
Chirurgie des Yeux
237, Bd Abou Chouaib Doukkali - 1 Etage
sidi Maârouf 4 Casa - Tél.: 05.22.82.68.12
INPE: 091114546

سيدي معروف الرابع (الزقة 15) الرقم 237 شارع ابو شعيب الدكالي الطابق الأول

237, Bd - Abou Chouaib Doukkali - 1 Etage sidi maârouf IV (Rue 15)

Casablanca - Tél ; 05.22.82.68.12 ; الهاتف

IF : 45304040 - ICE : 00184490000013 - INPE : 091114546