

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

N° W21-805397

170393

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8978	Société : RAD		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abdelhakim
Nom & Prénom : LAHLALI			
Date de naissance : 22 - 07 - 1969			
Adresse : 123 Bell Vue Sidi - 20190, Casablanca			
Tél. : 0661 322 370	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : LAHLALI ABDEL HAKIM Age: 34	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affection Oculaire	
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 : Casablanca, le 10/10/2012, 23

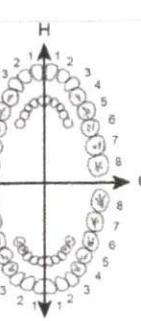
Signature de l'adhérent(e) :



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
05/08/2013	Ce		300,00	INP 09/08/2013 NADA BAN

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
KIA HAJER GPE 4 Lotunnakhit Imal Dar Bousaada Cassabance T : 08 08 56 38 77	05/01/2023					44000 dh	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
			INP : <input type="text"/>													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411		11433553
		H	21433552													
		25533412	00000000													
D		00000000														
00000000		00000000														
B		35533411														
		11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																
COURS ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
COURS ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

BENKIA OPTIQUE

Opticien Spécialiste



HAJAR

7 Op. Annakhil Rahma - Etage MG Appt. 3

Imm. MG 3GH 4 - Casablanca

Tél. : 08 08 56 38 77 / 06 66 76 23 00

001392

HAJAR BENKIA
INPE: 095028411

Ordonnance du Docteur :

N° de Nomenclature :

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D. : <u>19.50</u> O.G. : <u>1,00/07-91</u>	PRES	O.D. : <u>YADD = +2,25</u> O.G. : <u></u>
------	---	------	--

FOURNITUREMonture : optique

1200 Dh

Verres : PLASTIC RESIFS
optique ANTRAL

3200 Dh

Total :

4400 Dh

BENKIA HAJAR
3 Imm 7 GPE 4 Lot Annakhil
Errahma Dr Bouazza
Casablanca
Fix: 08 08 56 38 77

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre mille quatreCasablanca, le : 05/06/2023M. ou Mme : LAHJALI Abdelhakim

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



اختصاصية في أمراض و جراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

29 mai 2023

Mr LAHLALI Abdelhakim

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,
Amincis, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.50

OG = + 1.00 (- 0.75 à 95°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

Dr Siham NAJID
Ophtalmologue
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
El Kadiri, Rés NADA 'A' 3ème Etg en Face
Rond Point Al Moustaqbal Sidi Ma'arouf - Casablanca
Tél : 05 22 78 78 07

BENKIA HAJAR
3 Imm Z GRC 4/1 Ennakhil
Errahma Dr. Bouazza
Casablanca
Fix : 08 08 56 38 77

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس،شارع أبو بكر القادري ، إقامة ندى "A" الطابق
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء