

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

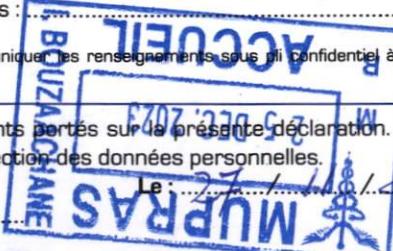
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	DL440	Société :	MUPRAS
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AIT KASS BOUJEMAA 188074
Nom & Prénom :		AIT KASS BOUJEMAA 188074	
Date de naissance :		01-01-1944	
Adresse :		2, RUE MER MEDITERRANEE AÏLDAR CASABLANCA	
Tél. :		0663058589	Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<i>Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Standhal - Casablanca SC Tel. : (+212) 0522 4715 94 E-mail : r.mikou@cliniquestandhal.com</i>		
Date de consultation :	27/11/23	Age :	AMALOU ZINEB
Nom et prénom du malade :	AMALOU ZINEB		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" 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 : 27/11/2023
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
27/11/03 S			300DH	Dr Abdou MCKOU Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Stendhal - Cé Tél : (+212) 0522 4 E-mail : mckou@clinique.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

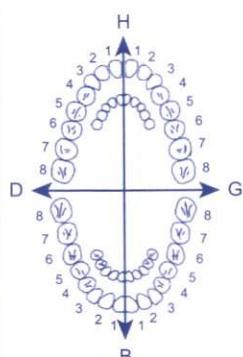
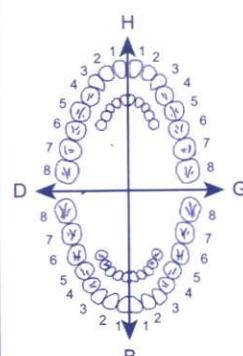
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 Dr. MESSIRO Casablanca - Al Messiro Tel.: 0522 39 81 27	23/12/2023			PTT Venes		 Casablanca - Al Messiro Tel.: 0522 39 81 27 m 58.00 codhs Casablanca - Al Messiro Tel.: 0522 39 81 27

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	
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



PT200914114633

27 novembre 2023

Mme AMALOU EP AITKASS Zineb

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 2.50 (- 0.50 à 108°)

OG = + 2.25 (- 0.50 à 87°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50



MultiOptical

42 bd al massira
al khadra casablanca
tel:0522399127
RC:136121
PAT:35770657
IF:1006557

CASABLANCA , le : 23/12/2023

FACTURE N:011001010567

ICE:000026947000028

MME AMALOU EP AITKASS ZINEB

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 MONTURE	1 000.00
1 VERRE OD ORGANIQUE ANTIREFLET AMINCI PROGRESSIF	2 400.00
1 VERRE OG ORGANIQUE ANTI REFLET AMINCI PROGRESSIF	2 400.00
Dont TVA (20%)	966.67
TOTAL TTC	5 800.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cinq mille huit cents Dirhams

multiOptical
Casablanca - Maroc
Tel: 0522 399 127