

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.

Reéducation :

- 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 - Avenue Alai Ben Abdellah - 8ème étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca - 20000 - Tel : 05 22 22 43 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-553077

60890

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12970

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0662 104278

Total des frais engagés : 1624,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

19



03 MARS 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ZAKI FATIMA ZAHRA

Age :

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 : Nouasseur

Le : 14/03/2021

Signature de l'adhérent(e)

JK



ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-553077

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
03 Mars 2021	C3		260,10	INP : 03103/21 Dr. SKIKER DENTISTE RCB 03103/21 Intra-bleu Télé: 03103/21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ANDALUS ESTINE	03/03/21	74,60
OPTIQUE KARIM	18/03/21	13.00,00 T.T.V.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
Boulevard Monastir Méditerranée			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

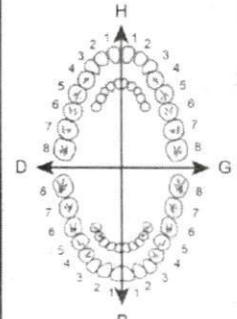
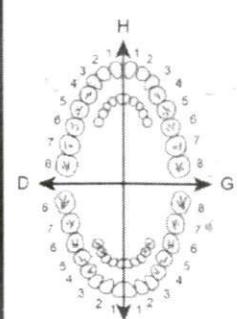
VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Il 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"/>
				
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412 00000000	21433552 00000000	G	
D	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
[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

Dr HASNAE SKIKER

Ep Dr EL HAJAJI

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux.
Diplômée du centre hospitalo Universitaire de rabat.

- Chirurgies de la cataracte.
- Ophtalmologie pédiatrique.
- Adaptation des lentilles de contact.
- Angiographie - Oct - laser.



الدكتورة حسناء سكير

Dr. Dr. الدكتور الحجاجي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون.
خريجة المركز الاستشفائي الجامعي بالرباط.
- جراحة الحالة.
- طب عيون الأطفال.
- عدسات لاصقة.
- فحص و تصوير شبكة العين - ليزر.

03 Mars 2021

Mohammedia le :

: المحمدية في :

Mlle ZAKI Fatima Zahra

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets ET ANTILED ET AMINCIS

OD = - 6.75 (- 3.00 à 165°)

OG = - 6.25 (- 4.50 à 15°)

74,60

ZERODUE



OPTIQUE WAFA
Boulevard Hassan II - 160 Bis
Alia - Mohammedia
Tel: 023 31 84 21

P.P.V 74,60 DH

صيدلية فلسطين
PHARMACIE PALESTINE
ABBAD EL ANDALOUSSI Samia
111, Boulevard de la Palestine
Tél : 05 23 32 30 73 - Mohammedia

Dr. SKIKER Hasnae Epouse DR. EL HAJAJI
OPHTALMOLOGISTE
RDC, 3d, Abderrahmane Serghini
Immeuble Bouargane - Mohammedia
Tél : 05 23 32 59 70

05 23 32 59 70 - h.skiker@yahoo.fr

الطابق السفلي، عمارة بورغان شارع عبد الرحمن السريفي قرب صيدلية المسبيح - المحمدية

الْوَفَاءُ وَالْمَارَاتِ

WAFA OPTIQUE

Derb Meknes Av. Monastir

N° 160 Alia Mohammedia

Tél.: 023.31.04.21 - RC : N° 3036 le : 18 03 2021

OPTIQUE WAFA

IF:55025910 - TP:39355260

CNSS:7806857

ICE:001918111000079

FACTURE

N° 0005870

Mme ZAKI FATIMA ZAHRA

Ordonnance de Mr le Docteur SKIKER

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O.D. 40.0 O.G. 40.0	prés { O.D. / O.G. /	DF. { O.D. / O.G. /
--	-------------------------------	-------------------------	------------------------

FOURNITURES

1 Montures METAL	500,00 DH
2 Verres verres 1.6 -6.75 (-3.165°) -6.25 (-4.5018°)	800,00 DH

TOTAL

à présente facture arrêtée à la somme de DH

Mille trois cent 1300
1300,00 DH

