

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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.

Tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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

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 Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7335 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

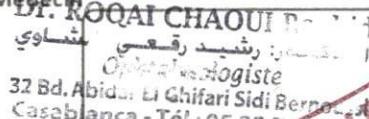
Nom & Prénom : BENTAHIR RACHID

Date de naissance : 21/01/70

Adresse :

Tél. : 0664997149 Total des frais engagés : 3944,00 DA

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : BENTAHIR RACHID

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 04/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-539824

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
JUIN 2020	Cr	+ 2000H		INP : 091120998

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ADER OPTIQUE OPTICIEN - OPTOMÉTRIE 404 Av. Alphonse-Desjardins, Brossard 514-697-7772, Fax: 514-698-1836 - Casablanca	31/06/20	3726,47\$

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																		
				MONTANTS DES SOINS []																		
				DEBUT D'EXECUTION []																		
				FIN D'EXECUTION []																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	<hr/>			35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	D	G																				
25533412	00000000	21433552																				
00000000	00000000	00000000																				
<hr/>																						
35533411		11433553																				
B																						
				MONTANTS DES SOINS []																		
				DATE DU DEVIS []																		
				DATE DE L'EXECUTION []																		

TE : 02520198

ICE : 001823017000027

INP : 095004081

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhagi
 IDRISIA 1 - Casablanca
 Tél: 05 22 28 70 73
 Fax: 05 22 80 18 36

Patente: 33664052
 CNSS: 2361145
 R.C.: 20 47 88

FACTURE 002457

Le 09/06/2020

M. BEN TAITIR Nohamed

Ordonnance du docteur CHOUI

NRS de nomenclature correspondants à la prescription

Loin { O. D. = 411
O. G. = 411Prés { O. D. = 410
O. G. = 410D. F. { O. D. =
O. G. =FOURNITURES :

Montures :

2 Verres :

Verres V. orfeife Amnie

Rebelles 110,- 110,-

Verres V. orfeife Amnie 810,- 1620,-

Verres V. orfeife Amnie 512,- 1024,-

TOTAL

3744,-

La présente facture arrêtée à la somme DH

404, Av. Abdellah Senhagi
 IDRISIA 1 - Casablanca
 Tél: 05 22 28 70 73 - Fax: 05 22 80 18 36

KADER OPTIQUE
 OPTICIENNE OPTOMÉTRIE
 404, Av. Abdellah Senhagi 1
 Tél: 05 22 28 70 73 - Fax: 05 22 80 18 36 - Casablanca

Dr. ROQAI CHAOUI Rachid

OPHTHALMOLOGISTE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Med V à El Jadida
- Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie Laser

الدكتور رقعي شاوي رشيد

إخلاصي في أمراض وجراحة العيون

رئيس سابق لقسم أمراض العيون

مستشفى محمد الخامس بالجديدة

أنجيوغرافيا أشعة الليزر

Casablanca, le : 04/06/2020..... الدار البيضاء، في

MR BEN TAHIR MOHAMED

Verres correcteurs :

- Vision de loin

OD : (0°, -0,50) - 8

OG : (100°, -0,25) - 8

- Vision de près

OD : Add +1.75

OG : Add +1.75

Nature des verres

Progressifs

+ Monture

*KADER OPTIQUE
OPTICENNE - OPTIQUE
404, AV. Abdellah Sakkal Casablanca
Tél: 0522 80 18 36 - Fax: 0522 80 18 36*

05 22 76 58 58 . شارع أبي ذر الغفارى . حي أمال 3 . سيدى البرنوصى . (أمام مقهى إشبيليا) . الدار البيضاء . الهاتف : 32

32, Boulevard Abidar El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi - (en face du café Ichbilia) - Casablanca - Tél. : 05 22 76 58 58 .

E-mail : chaoui.ophtalmo@hotmail.com