

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Étage 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° W19-569127

CA
ND: 40941

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 1M940		Nom & Prénom : SOBHI Noureddine	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 28.12.1958		Adresse : Rue Sanheju Rue 27 N° 20 Hay EL HANE	
Tél. : 0661 17 06 01		Total des frais engagés : +3500,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : DR. BOUKSIM M.	
Date de consultation : 1 SEPTEMBRE 2020	
Nom et prénom du malade : SOBHI Noureddine Age : 62	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : cendre DR BOUKSIM M. ALLOGISTE R 2020	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : info@drbouksim.com	
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 21 SEPTEMBRE 2020
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/08/2020	C	5	100000000	INP : 03M05167

EXECUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<i>DR. HABIB EL ISLAMI Médecin des Anglais Casablanca 2</i>	<i>10/09/2020</i>					<i>3500</i>	

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 l'ODF.																									
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																					
				Montants des soins <input type="text"/>																					
				Début d'exécution <input type="text"/>																					
				Fin d'exécution <input type="text"/>																					
	<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	G	21433552			00000000		D			00000000			35533411		B			11433553	Montants des soins <input type="text"/>
		H	25533412	G	21433552																				
				00000000																					
		D			00000000																				
		35533411																							
B				11433553																					
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>																						
			Date de l'exécution <input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																									

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعسم مليكا

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر.....

Casa le : **19 Août 2020**

Mr. SOBHI Noureddine

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 0.50 (- 0.25 à 69°)

OG = + 1.00 (- 0.50 à 81°)

VP :

ODG = Add : + 2.75



066117 0601.

2700 DV



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0000763

Casablanca, le

10/10/2020

M SOBHI NON RE DD INC Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
Progressif OR A6	OD 1 OG 1	OD S OG S	OD S OG S	OD 307 OG 502
Monture	Métal	Plastique		1.500
V.L. : - OD 0.25 à 6.0 + 0.50				1.000
- OG 0.25 à 8.1 + 1.00				1.000
V.P. : - OD				
- OG				
ADD./		+ 2.75		.
TOTAL				3.500

Arrêtée la présente facture à la somme de

CINQ CENTS DH

Trois mill (-