

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.

Biologie 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.

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.

Prothésaire :

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.

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

49039

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020898

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0956 Société : 244

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU FILALI Abderrahmane Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : 11 Bid. Bir Anzarane Résid : SEDRA 1 Apt 4 Etg 2 MAARIF CASABLANCA

Tél. : 06 63 72 72 37 Total des frais engagés : 6650,00 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation 21/09/2020

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Flou visuel

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 : 24/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

ACCUEIL

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
21.09.2020 CS			800	
80				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	
		25.10.91/20				Montant progressif: 26 650 F

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

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers are arranged as follows: Row 1: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11. Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Row 7: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. Row 8: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Row 9: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Row 10: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Arrows indicate movement paths: a vertical arrow from 1 to 18, a horizontal arrow from 1 to 18, and a diagonal arrow from 1 to 18.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
خريجة جامعة باريس VII
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le

21/08/2008

الدار البيضاء في

Dr. Latifa Filali

Nerresse Lentille

$\odot = -1,75 (-2,25 \text{ à } 88)$

Abderrahmane
Progressif
à lucidité
antireflets

OB - -1. (-2 à 80°)

UNITED OPTICAL
45, Rue Mustapha Manialoui
Perpendiculaire à la rue
Parallèle à l'avenue Nouaceur
Q. 02 22 22 22 22

add + 2,75 ODS

TEL: 0522222222
TÉL: 0522222222
ICP: 0522222222
ICP: 0522222222
D. KHLIFI Houda
D. KHLIFI Houda
D. KHLIFI Houda
D. KHLIFI Houda



FACTURE N°

Le 25/09/2022

UNITED OPTICAL

45 Rue Mustapha, Manfalouti.

43, Rue de la Croix-Pierre - B.P. 100 - 75019 Paris

Fonte: Cabral (1996)

Digitized by srujanika@gmail.com

Mr: 9th LAHLOU FILALI Abderrahmane

Do it