

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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045057

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8529 Société : R. 51395

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANACHAR ALLAL

Date de naissance : 11/11/1959

Adresse : B.P. 30015 HAYFOUNT Agadir

Tél. : 06.616.592.11 Total des frais engagés : 2750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 DEC 2020

Nom et prénom du malade : ANACHAR ALLAL Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 62 years

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 : Le : 15 DEC 2020

Signature de l'adhérent(e) : MUPRAS ACCUEIL

RELEVÉ 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
12 DEC 2000	G1		250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

OPTIQUE BOUJJA
Myriam BOUJJA
Opticien lunetier
5, Rue de Marrakech - AGADIR
Tél/Fax: 0528 84 64 37

12/12/2000

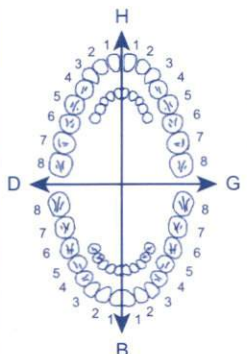
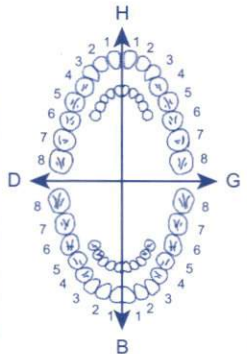
2500 po

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr . Khalid JAFARI

Diplômé de La Faculté de Médecine
de TOULOUSE (France)

Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angio - Strabologie

الدكتور خالد الجعفري

خريج كلية الطب
بتولوز (فرنسا)

أمراض وجراحة العيون
طب الحول - أشعة الليزر

أكادير، في: 12 DEC 2020

7° ANACHAR ALLAL

Pointure avec verre progressif.

OD +0.75 (-0.50 x 55°)

OS +0.50

OD +2.50 x 90°

OPTIQUE BOUJJA
Myriam BOUJJA
Opticien lunetier
5, Rue de Marrakech - AGADIR
Tél/Fax: 0528 84 64 37

Dr. JAFARI Khalid
OPHTALMOLOGISTE
Diplôme de la Faculté de Médecine de Toulouse
Av. Hassan II - Agadir N° 1100 - 2^e Etage
AGADIR - Tél: 05 28 82 62 50

شارع الحسن الثاني-عمارة أسوليل-شقة 1100 - الطابق الثاني - أكادير - الهاتف : 05.28.82.62.50

Av .Hassan II - Imm.ASSOULIL - App.N°1100 - 2ème Etage - Agadir -Tél : 05 28 82 62 50

OPTIQUE BOUJJA

5, rue de Marrakech

80 000 AGADIR (Maroc)

Tél. /Fax (00 212) 0 5 28 84 64 37

Agadir le : 12/12/2020

Facture

NOM: ANACHAR ALLAL

1	Monture optique :	500.00	500.00
1	Verres progressifs :		
	Verre droit : organique photochromique antireflets.	1000.00	1000.00
	Verre gauche: organique photochromique antireflets.	1000.00	1000.00

Total :

2500.00

Remise :

-0%

Total après remise :

2500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille cinq cent Dirhams TTC

OPTIQUE BOUJJA
Myriam BOUJJA
Opticien Opticien
5, Rue de Marrakech - AGADIR
Tél/Fax: 0528 84 64 37

OPTIQUE BOUJJA

5, rue de Marrakech 80000 AGADIR (Maroc) Tél. / Fax (00 212) 5 28 84 64 37

N° ICE : 001591158000034-RC : N°28234 - PATENTE : N° 48100032 - TVA N° 258305

N° IF: 75734940 – N° TP: 48100036. Le code barres

//045001286//