

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

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 caractére 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



~~MD-28568~~
Déclaration de Maladie

Nº P19- 069080

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8587 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Khalilouki Abdekhrim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.58.49.61.20 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

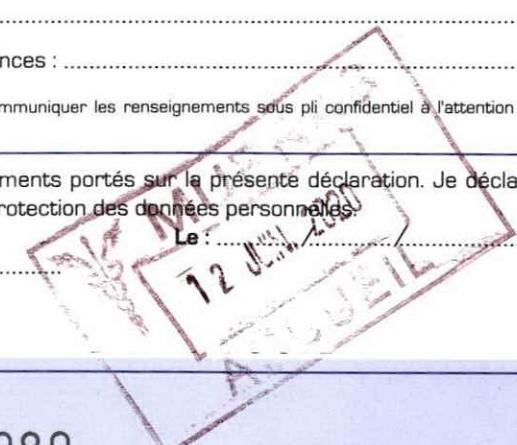
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-069080

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

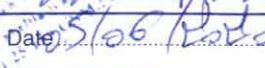
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
<p>DROITE 11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 HAUT 48 47 46 38 45 37 BAS 44 36 43 35 42 34 41 33 31 32</p>																								
O.D.F.				Montant des soins																				
Prothèses dentaires				Début d'execution																				
				Fin d'execution																				
<p>DROITE 11 21 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 HAUT 48 47 46 38 45 37 BAS 44 36 43 35 42 34 41 33 31 32</p>	<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">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></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	H	25533412	G	21433552		00000000	00000000		00000000		00000000	00000000		11433553		35533411			
D	H	25533412	G	21433552																				
	00000000	00000000		00000000																				
	00000000	00000000		11433553																				
	35533411																							
				Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Date du devis																				
				Fin d'execution																				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P 14 / 0031338	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0031338

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 8587	   
Nom & Prénom KHALOUKI ABDELKARIM			
Fonction AGENT RIUDE		Phones 0658494204	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient KHALOUKI ABDELKARIM		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age _____
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Vice de reproduction</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>U</i>		<i>200 (HT) Dr.</i>	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture		 	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 6/06/2010	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
	<i>lunette</i>		<i>3400,-</i>
 			

Dr. NACHAT Bouchaib

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Août Casablanca



الدكتور بوشعيب نشاط

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

• عضو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر

• عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- المعالة بالليزر- تصحيح النظر

- المستعجلات

- Membre de la société européenne de la chirurgie réfractive (Lasik)

- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques

ORDONNANCE
05/06/2020

Casablanca le :

KHALLOUKI Abdelkarim

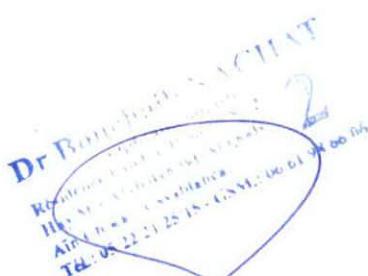
PAIRE DE LUNETTE + MONTURE

PROGRESSIFS

AR

Oeil Droit : +0,75 (-1,25) à 84° , Addition + 2,50

Oeil Gauche : +0,50 (-0,25) à 79° , Addition + 2,50



شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat-b@hotmail.fr

AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عن الشق، شارع التقدم
إنارة 2 رقم 23
دار البيضاء

Nº 004636

Docteur: NACHAT ZUCHAIB

Mr.: KHALLOUKI MOEL KATIM

Nomenclature :

431 - 431

Montures :	VL	<u>optique</u>	<u>600,-</u>
	VP		

Type de verres : 1 MM A 12

progressif. Dure.

* VISION DE LOIN :

OD: Axe: 84 Cyl: -1,25 Sph: +0,75 1400,-

OG: Axe: 79 Cyl: -0,25 Sph: +0,50 1400,-

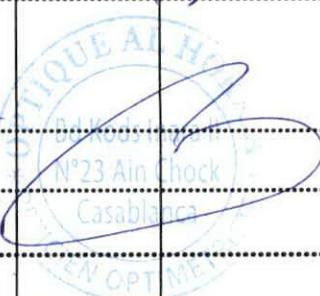
* VISION DE PRES :

OD: Axe: Cyl: Sph:

OG: Axe: Cyl: Sph:

Add: +2,50 500,-

= 3400,-



Total: trois mille quatre cent dirhams

Date: 10.06.2020