

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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° M20- 0003983

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9785

Société : 53912

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Sillare Mohamed

Date de naissance : 06/9/1962

Adresse : LOT ENOUR 10 RUE 11 Hay Hassani

Tél. : 0661915342

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KISSY Moussine
Ophtalmologiste
400, 24 Brahim Koudani - Casablanca
Tél : 0522.25.48.88
18 DEC 2010

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : IBN RAKKANE AICHA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
18 DEC 2020	02		300,00	

02

300/00/

Docteur **OUKHISSY Mouhassine**
100, Bd Mohammed VI, Casablanca
400, Bd Hassan Koudani, Casablanca
Tél: 0522.25.48.88

[illegible][illegible][illegible][illegible]

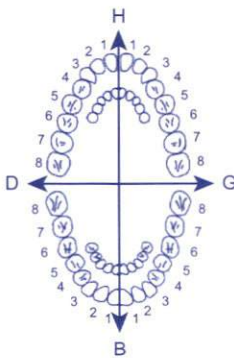
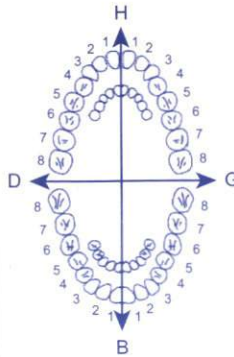
Optique Mille Pour Cent
Optométriste & Opticien
8 N. 425 Centre Ville Rd. Angliss

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																																		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																	
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																	
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>																																		
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 11433553 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 00000000 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> B </td> <td rowspan="2">MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="3">DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td rowspan="3">DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/></td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 11433553 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 00000000 </div>		B			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>													DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>					
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 11433553 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 00000000 </div>																																			
	B			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																					
					DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>																																	
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>																																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

18/12/2012

N° IBN ROKKANE Aiche

Reçue pour VL (Nantes)

$\Delta = +0.1$

$\Delta = (+0.4) \div 30$

Wd qus = +2

Optique Mille Pour Cent
Optométriste & Opticien
N° 425 Centre - Ville Bd. Anglais
CASABLANCA

1 pair & prs

copie / Interoff / St

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture: **N° 002207**

Date: 24/12/2020

Mr: IBN RAKKANE Aicha

Docteur: Chahine Khissy

Type des Verres: 20/100 asphère M12 1.6
CLC

Monture: catif

* Vision de Loin :

OD Axe _____ Cyl _____ Sph +0.50

OG Axe 0.50 Cyl +0.25 Sph _____

* Vision de Prés :

OD Axe _____ Cyl _____ Sph _____

OG Axe _____ Cyl _____ Sph _____

Optique Mille Pour Cent
Optométriste & Opticien
N° 425 Centre - Ville Bd. Anglais
CASABLANCA

Add: +2.00

Montant: 26000

Donnée à la sixième
N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca
ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C: 242426
T.P: 023451 - Patente: 30057211 - INP: 91023705