

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000861

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

55509

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10304

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mouzoubi Idriss; Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0643960102

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-00861

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 :

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-589351

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10304	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MERRAOURI IDRISI MOHAMED			
Date de naissance : 09/03/1970			
Adresse : A66 Imb B bloc 17 Résidence Chabab Am Sabae Casablanca			
Tél. :	0643960102	Total des frais engagés :	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 14/02/2020			
Nom et prénom du malade : MERRAOURI IDRISI MOHAMED - Age: 18 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Lentilles de correction			
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) :

Le : / /



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
2011			200	INP : 08/11/2020
12				
2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE DU 22/12/2020	2020/12/20	112,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

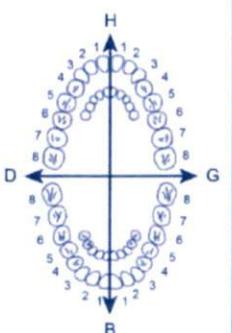
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

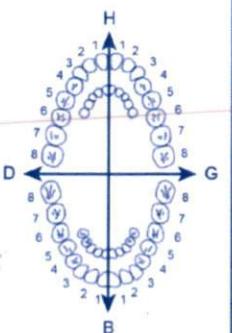
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
POWER VISION Bld Jafar Ben N'24/Bd. Moulay Bou Harilia Bernoussi Casablanca	2020/12/20					1920,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	35533411

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
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'EXECUTION

**Docteur
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux
Traitement au Laser



**الدكتور
الصادقي فهد**

اختصاصي في طب و جراحة العيون
العلاج بالأشعة الليزر

Casa Le : 24/12/2020

Enfant Merzouki Idrissi Abdelmoghit

Artelac



ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 01 mois)

Naabak

1 goutte, 3 fois par jour (pendant 01 mois)



NAABAk 4,9%

Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH
6 118001 101184
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAoudi

112180

PHARMACEUTICAL CASA
Chabab IIA, Imm F7, Bd Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca
Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38

Dr. ESSADKI Fahd
Chabab IIA, Imm F7, Bd Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca
Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38

الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البغمراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيما البرنوسي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессадки@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38

**Docteur
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux
Traitement au Laser



**الدكتور
الصادقي فهد**

اختصاصي في طب و جراحة العيون
العلاج باشعة الليزر

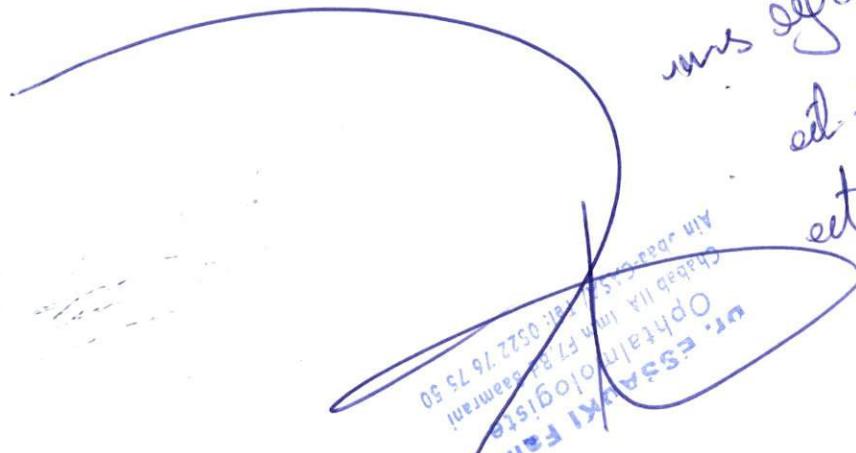
Casa Le : 24/12/2020

Enfant Merzouki Idrissi Abdelmoghit

Lunettes pour VL(Verres + Monture)



VL OD : -0.25
OG : -0.25 (15° -0.25)



الشاب A II A عمارة F7، شقة 7، شارع البعمراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيما البرنوصي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Ain Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессадки@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38



Optique Optométrie - Lentilles de contact
bd El Moutanna Benharita, bloc Attakadoum N° 241
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 0522740103

FACTURE

N°: FA2412202021
Casablanca le: 24/12/2020

Prescripteur

Docteur :ESSADKI FAHD

Date ordonnance :24/12/2020

Client

Nom & Prénom : MERZOUKI IDRISI ABDELMOGHIT
Adresse :

OD	Sphere	Cyl.	Axe	Add	Prisme	Base
Loin	-0.25					
Interm						
Près						

OG	Sphere	Cyl.	Axe	Add	Prisme	Base
Loin	-0.25	-0.25	15°			
Interm						
Près						

Référence	Désignation	Montant HT
1	Verre :ORGANIQUE MTC AMINCIS	900.00
2	Monture :OPTIC	700.00

Total HT	1 600.00
TVA	320.00
Total T.T.C	1 920.00

Arrêté la présente facture à la somme de

MILLE NEUF CENT VINGT DIRHAMS

POWER VISION
Bld. Attakadoum N°241 Bd. Moutana
Binou Haritia Bernoussi
Casablanca