

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1060 Société : 63507

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAKHLOUKI AHMED

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse : Hay Douma 96 Rue 10 N°41 S 1 M

Tél. : 06 41 61 08 34 Total des frais engagés : 2,550 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15.3.2021

Nom et prénom du malade : MAKHLOUKI AHMED Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aggravation oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

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 : MARS 2021

Signature de l'adhérent(e) : MAKHLOUKI AHMED

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15.3.2018 | | | 35000 | Dr Khalid ALFAYAD ALAOUI Opticien Optogiste 241, Bd. La Grande Ceinture 1er Etage Tel : 05.22.35.35.12 - CASABLANCA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| SARA CLAIR OPTIC 20, CITE DU CASA T.F. 53790374 CNSS 7637546 ONSS: 76376161CE 901742648000003 | 15/03/2018 | A M | P C | I M | I V | 9200,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|----------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION | Coefficient | |
| | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| H 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | G 00000000 35533411 | MONTANTS DES SOINS | |
| D 00000000 | 00000000 11433553 | B | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



SARA CLAIR

Optic

Facture N°: 20336/21

Doit: **MAKHLOUKI AHMED**

Le : 15/03/2021

Vision de Loin :

Verres : ORGANIQUE ANTIREFLET

| | Sph. | Cyl. | Axe | Prix |
|--------------|------|-------|-----|--------|
| O-D : | | -0.75 | 85 | 350,00 |
| O-G : | | -0.75 | 70 | 350,00 |
| Add. | | | | |

Monture: METAL 900,00

Vision de Prés:

Verres : ORGANIQUE BLANC

| | Sph. | Cyl. | Axe | Prix |
|--------------|-------|-------|-----|--------|
| O-D : | +2.50 | -0.75 | 85 | 300,00 |
| O-G : | +2.50 | -0.75 | 70 | 300,00 |

Monture: METAL 0,00

Total : **2 200,00**

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Deux Mille Deux Cent Dirhams



Dr. Khalid LAFDILI ALAOUI

Ophthalmologiste

- Chirurgie de cataracte par phako
- Strabologie - Glaucome - Voies lacrymales
- Angio et laser - Chirurgie réfractive

Ex medecin chef du sc
d'ophtalmologie à l'hopital Md V casa



الدكتور خالد الفضيلي العلوي

يختص في أمراض وجراحة العيون

جراحة الخلاة

الحول - مسالك الدموع - داء الزرق

تصوير أوعية الشبكة والأيبر - جراحة تصحيح النظر

رئيس مصلحة طب العيون سابقا

بمستشفى محمد الخامس البيضاء

Casablanca, le :

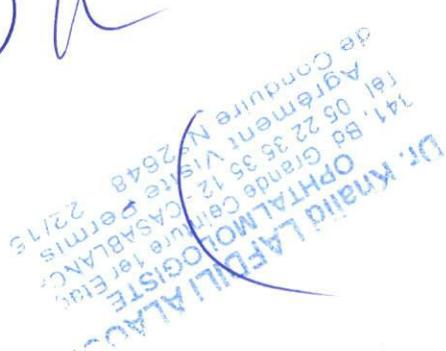
15-3-21

الدار البيضاء في :

NAKHLOUKI ANNE

Monture + Verres Progressifs + HUV

$D = (70 - 0,75) \vee 14 + 2,50 \text{ de}$
 $DG = (70 - 0,75) \vee 14$



341, Bd La grande ceinture, 1^{er} étage
(au dessus de wafa assurance)
Lot. Mouahidine hay mohammadi
Casablanca - Tél. : 05 22 35 35 12

341, شارع الحزام الكبير الطابق الأول إقامة الموحدين الحسي المحمدى
(فرق تأمين الوفاء) - البيضاء - الهاتف : 05 22 35 35 12