

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 canaux, 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 canaux.

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

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-615370

65143 CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI MOULAY IDRISS

Date de naissance : 15/07/1967 C.A.A.

Adresse : 57 rue 35 bt ALAMOUN CASA

Tél. : 06 61 31 27 55 Total des frais engagés : 6733 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/03/2021

Nom et prénom du malade : MOUAKKEF MORYEM

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 : CASA 23/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-615370

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 : 6533

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

| 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 |
| 26/11/79 | Sebk | 1 | 219,00 | INP: 090111814 PHTALMOLOGUE Docteur Fouda Casablanca 25-53-54 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Carton du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>PHARMACIE LAIMON 401, Bd. Allaymoune Casablanca Tel.: 381781 Telex: 05 22 C.E.: 001659</p> | 06/03/21 | 83,90 |

[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|--|---|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| OPTIQUE HDIDOU 44, Rue Tarabouls, Casa Tél: 0522 20 29 30 | 05/06/2021 44, Rue Tarabouls, Casa Tél: 0522 20 29 30 | | | | | 6200,00 |

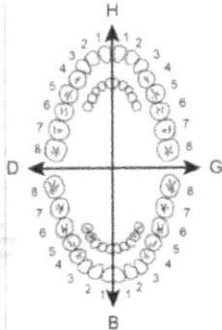
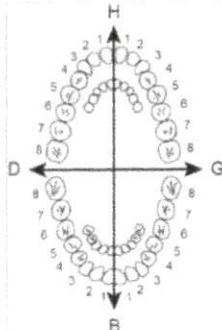
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad NCIRI
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des Yeux
Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II
Ancien Interne des Hôpitaux de France



الدكتور فؤاد (النصيري)

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جريج كلية الطب ببوردو فرنسا
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des Glaucomes
Chirurgie Vitreo - Rétinienne
Chirurgie cataracte par Phako-émulsification

Z-VOUS

sablanca, le:

26/3/21

بالبيضاء في: الدار البيضاء

Movakite Medu

Amal Nika

OPTIQUE HDIDOU
44, rue Tardieu, Casa
Tel: 0522 2029 30

Handwritten notes and prescriptions including:
- (100 - 100) + 9
- (80 - 0,26) + 9
- add + 2.00
- 261.00
- 83.90
- Allergocad 16
- Dexamethasone 16
- 3x16

OPTIQUE HDIDOU

Opticienne - Optométriste
Diplômée de l'institut supérieur d'optométrie
et d'optique de contact de Bruxelles (I.O.R.T)

DATE: 26/03/2021

FACTURE N° 210 276

NOM: MOUAKITE MERYEM

MEDECIN: NCIRI FOUAD

| | SPH | CYL | AXE | ADD |
|-------|-------|-------|-----|------|
| V.L.D | +0.75 | -1.00 | 100 | 2.50 |
| V.L.G | +0.75 | -0.75 | 80 | 2.50 |
| V.P.D | | | | |
| V.P.G | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| DESIGNATION | PRIX |
|--|--------------------|
| MONTURE VERSACE MOD 4260 GBI/11 58-16 140 | 1700.00 |
| VERRES PROG INGENIA ORG 1.5 BLC ANTIREFLET PROG INGENIA ORG 1.5 BLC ANTIREFLET | 2250.00 2250.00 |
| Total T.T.C: | 6 200.00 |
| T.V.A | 1033.33 |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:
SIX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Mode de règlement

OPTIQUE HDIDOU
44, Rue Tarablous, Casa
Tél: 0522 20 29 30