

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

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 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° M21- 042009

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4724 Société : Ram 73831

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUEJAT Abdelatif

Date de naissance : 24/09/59

Adresse :

Tél. : 0649959595 Total des frais engagés : 2505,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/2021

Nom et prénom du malade : GUEJAT Abdelatif Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Alchim

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) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

27/05/2021	CS		200,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

Date

Montant de la Facture

Pharmacie Charles Nicolle HEDYA TAK TAK 19, Place Charles Nicolle Casablanca TEL: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41	27.05.21	105,60.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

WIFAO OPTIQUE 31, rue 164, 3 ^e CD Casablanca Tel: 05 22 11 21 61 ICE: 002093094090020	31 05 2021					2.200,00dh

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DÉBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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



ORDONNANCE

Laboratoire d'Analyses Médicales Charles Nicolle

21, place Louis Pasteur -ex Charles Nicolle, résid.
Pasteur, 2^oét. appt. 6, les Hôpitaux CASABLANCA
Tél 1: 05 22 49 26 74 Fax: 05 22 49 26 71

M: GUEJAJ A boellatif

26,40
x4

Sérum autologue

1 gtte 8 fois par jour pdt 3mois

NB :Dans des flacons de tobrex= 4 flacons

205,60

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur - Casa
Tél: 0522 49 26 74 / 98
Fax: 0522 49 26 71

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK - TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

LOT 0100
EXP 01 2024
PPV 26

← 26,40

LOT 0100
EXP 01 2024
PPV 26

← 26,40

LOT 0100
EXP 01 2024
PPV 26

← 26,40

LOT 0100
EXP 01 2024
PPV 26

← 26,40

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER

du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie

de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

الدكتور محمد شهابي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق بكريتي و بالمركز الفرنسي للعيون

15-20 و بمؤسسة جراحة العيون

روتشيلد بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

خبير تصحيح البصر بالليزر

27/05/2024

m: GUEJAJ Abdellatif

$R = +1,2 (-0,6 - 80)$
 $L = +2,5 (-0,6 - 50)$

m + 3

WIFAQ OPTIQUE

Jangila 5 Rue 16 N°3 CD
Casablanca Tel: 06 15 11 21 61
ICE: 002093094000029

DR. CHAHBI Mohammed
544, Boulevard Panoramique, Californie,
544, Boulevard Panoramique, Californie,
06 22 55 15 15 - 06 22 55 15 15
Fax: 06 22 55 15 15

WIFAQ OPTIQUE

Jamila 5 Rue 164 N° 3 C.D

20440 Casablanca

GSM : 06 19 11 21 61

Facture

N° 1000008

Mr / Mme : GUEJAT Abdelatif

Casablanca le : 31/05/2021

Prescrit par : Mohammed CHAHBI

Désignation

Prix

VERRES : Deux verres organiques progressif 1500,00 DH
antireflets Aminco.

MONTURES : Acetate 70000 DH

Corrections :

OD : +175 (-0.50; 80°)

VL

OG : +2.50 (-0.50; 50°)

Addition : +3.00

OD :

VP

OG :

Total

2200,00 DH

Arrêter la présente facture à la somme de : Deux mille deux cent

Dirhams.

WIFAQ OPTIQUE
Jamila 5 Rue 164 N° 3 C.D
Casablanca Tel 06 19 11 21 61
ICE: 002093094000020