

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : <u>9544</u>		Nom & Prénom : <u>CHAHAM Mohamed</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : <u>26/6/69</u>		Autre	
Adresse : <u>RD 1000 per iment B apart-92</u>		Total des frais engagés :	
Tél. : <u>0661228262</u>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور محمد العاصي
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
Dr. Mohammed MADI
OPHTHALMOLOGISTE
105, Av. 2 Mars - Casablanca
Tél : 05 22 83 50 61 - Gam : 06 61 52 82 11

Date de consultation : 21/05/2021 Nom et prénom du malade : CHAHAM Mohamed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Jeulard

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/05/21			250,50	091096149 Dr. Mohammed MADI DENTAL MEDICOLOGISTE 105, AV 22 Mars - Casablanca Tel: 05 22 83 50 56 - Gam: 06 61 52 82 11

EXECUTION DES ORDRES D'ACTES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		105, AV 22 Mars - Casablanca Tel: 05 22 83 50 56 - Gam: 06 61 52 82 11

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
KETTA OPTIQUE Opticienne Opto avenue 22 Mars Casablanca Tel: 05 22 83 46 - Fax: 05 22 85 63 46	08/06/2021				3000 DH	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412 21433552			
D	00000000 00000000			
B	35533411 11433553			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique: nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Mofiammed MADI
OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat.
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux
Bouafi et My Youssef de Casablanca
Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine
Angiographie - Laser



INPE 091096149



الدكتور محمد الماضي
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بالرباط
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
طبيب اخصاصي سابق بمستشفيات
بوافي و مولاي يوسف بالدار البيضاء،
جراحة اجلالة - حول العين - الشبكة
تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

I.C.E.: 001751624000054

Casablanca, le **21 mai 2021**

Mr. CHAHM Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50

OG = + 0.25

VP : ODG = Add : + 2.00

ATTENTION AU CENTRAGE SVP+++

KETT OPTIC
KETTANI Merieme
Opticienne Optométriste
105, Avenue 2 Mars Casablanca
Tél: 0522 85 63 46 Fax: 0522 85 63 48

الدكتور محمد الماضي
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr. Mofiammed MADI
OPHTHALMOLOGISTE
105, AV. 2 Mars - Casablanca
Tel: 05 22 83 50 61 - Cam: 06 91 52 82 11



**KETT
OPTIC**

CASABLANCA, le 08/06/2021

Mr CHAHM MOHAMED

FACTURE PF 0192/2021

Désignation	Montant
OD : VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLET	1500
OG: VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLET	1500
Total TTC	3000DH

Arretée la presente facture à la somme de :TROIS MILLE DIRHAMS

KETT OPTIC
KETTANI Merieme
Opticienne Optométriste
105, Avenue 2 Mars Casablanca
Tél: 0522 85 63 46 - Fax: 0522 85 63 48