

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.

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.

Prothèse :

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 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- 069518

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9796

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSALMI

L'Houssaine

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 61 11 11 13

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Oumaima

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux
				Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
				Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
	D	
	G	

VOLET ADHERENT			NOM : <u>ESSALMI LHOSSAINE</u>	Mle <u>9796</u>
DECLARATION N°			W17-103825	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
<u>11/10/21</u>	<u>2050,00</u>	<u>2+cello-ci</u>		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois				
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



W17-103825

DATE DE DEPOT

11/10/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>9796</u>	Signature de
Nom & Prénom		<u>ESSALMI LHOSSAINE</u>	
Fonction	<u>RETRAITE</u>	Phones <u>0661711713</u>	
Mail		<u>lessalmi1@gmail.com</u>	
MEDECIN		Prénom du patient <u>DUMMANA</u>	
Adhérent	Conjoint	Enfant	Date
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>17/09/2002</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>oulaire</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<u>X</u>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C3 + K11</u>	<u>1</u>	<u>350,00</u>	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<u>1700,00</u>		<u>1700,00</u>	

Professeur ESSAKALLIM Nabia
OPHTALMOLOGIE
68, Av. Fai Ould Oumeir
4ème Etage Appt. N° 12-Rabat
Tél: 0537 77 18 87/0537 77 18 71

OPTIQUE ZENATA
Optique - Contactologie
84, Avenue Mohammed VI
N° 410 - Rabat
Tél: 05 23 36 33 86

نظارات زناتة

Optique Zenata

Opticienne Diplômée



095002994

Mohammedia 02/10/2024

Mr ou Mme ESSALTI
GUTAITA

FACTURE N° 005811

Ordonnance du Docteur / <u>ESSALTI Hossy NINADIA</u>						
Code	Œil Droit			Œil Gauche		
	Sph	Cyl	Axe	Sph	Cyl	Axe
Loin	+3.75	-1.75	10°	+2.50	-1.75	10°
Prés						

Désignation :	P.U	P.G
Monture : <u>METALIS</u>	700,00	700,00
Verres : <u>organique 1.6 Nature</u>	1000,00	1000,00
Nomenclature : O.D : <u>(10° - 1.75) + 3.75</u> O.G : <u>(10° - 0.75) + 2.50</u>		
ICE N° 000501006000070 INPE N° 095002994		
Total (DHS) :	1700,00	1700,00

T.V.A. 20% INCLUSE

410, Bd Abdelkrim Khattabi, Derb Chabab «c»

El Alia - Mohammedia

Tél.: 05 23 30 33 86 R.C. : 7924 - Patente : 39357966 - I.F. : 55044193

I.N.P.E. : 095002994 - I.C.E. : 000501006000070

Docteur Nadia ESSAKALLI HOSSYNI
épouse FIKRI

PROFESSEUR en OPHTALMOLOGIE
Rétine médicale chirurgicale

Chirurgie - Lasers
Adultes - Enfants

الدكتورة نادية الصقلي حسيني

زوجة فكري

أستاذة في طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

جراحة - الليزر

الكبار - الصغار

Rabat, le 29/09/2020 الرباط في

Enfant ESSALMI Oumaima

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

Verres AMINCIS anti-reflets et filtre bleu

Oeil Droit : $(10^{\circ} -1,75) + 3,75$

Oeil Gauche : $(10^{\circ} -0,75) + 2,50$

OPTIQUE ZENATA
Optique-Optométrique
84, Abdelhak Khatibi Derb
N° 410 Alifa - Mohammedia
Tél: 05 23 30 33 86

Professeur ESSAKALLI H. Nadia
OPHTALMOLOGIE
68. Av. Fal Ould Oumeir
4ème Etage, Appt. N° 12-Rabat
Tél.: 0537 77 18 87/0537 77 18 71

العنوان : 68 شارع فال ولد عمير، زاوية شارع فرنسا - إقامة الريف - شقة رقم 12 الطابق 4 - أكدال - الرباط

Adresse : 68 Av. Fal Ould Oumeir , angle Av. France -Résidence Rif - Appt. n° 12, 4ème étage - Agdal - Rabat

الفاكس : 05 37 77 18 71 - الهاتف : 05 37 77 18 87