

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 | : 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° W21-628898

100947

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKATI M. N. Abdellah

Date de naissance :

16.07.83

Adresse :

Tél. : 06 61 60 70 66 Total des frais engagés : 309 198 + 1608 = 2707 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/11/2021

Nom et prénom du malade :

CHOUKATI Salma

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-628898

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).

Salma
opticien
mutuelle

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
24.12.2012			300,-	DR. M. HABIB ALI 1663B8 OPHTHALMOLOGIST Angle Bd. Amour et 2ème Rue Tel: 0522 222 222

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/21	198,30 ₣

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
		A M	P C	I M	I V	
Opticien Mille pour cent Optométriste & Opticien	29/12/2011					1609.00

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

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 l'ODF.																										
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p>	<p>Nature des Soins</p>	<p>Coefficient</p>	INP : <input type="text"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
				H	25533412	21433552																				
					00000000	00000000																				
				D	00000000	00000000																				
					35533411	11433553																				
				B																						
				G																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																										

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض
و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

Casablanca le, 24/12/2021

CHOUKAILI Salma

- CHIBRO-CADRON COLLYRE (Néomyc.Dexaméth.)
1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 5 jours

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 5 jours

- Zalerg 0,25mg/ml collyre
1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

- Xailin HA 1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

Dr. Mohammed MIKOU
OPHTALMOLOGISTE
24ème étage, n° 12 - Casablanca
Tél: 22 22 22 22 22 - Tél: 05 22 22 22 22

Unibro-Cadiron 5 ml
 شیبرو-کادرون ۵ ml
 Lot / Fab / Exp
 7P95 04 04 2021 2024
 single
 ۰۵

Barcode: 6 11800 102495
Product name: ZALERG 0.05 mg/ml
Strength: 0.05 mg/ml
Volume: 5 ml
Expiry date: 17.03.2020
Manufacture: Pharmacia - Pharamacie Reckitt Benckiser - Astra Zeneca
Distributor: Mohamed Darzi, Amna Darzi

مجمع المراجِع ذاتية شفاعةٍ إنما يُشارُعُ عَنْ الْمَوْلَى الطَّاهِرِ (الثَّالِثُ الْأَكْبَرِ) - القَدْرُ 18

المون عبد وشارع ابوالراويه رداع المجمع

السابق المعاشر (٢) - حالة الطلاق



Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture : N° 003079

Date : 29/12/2021

Mr : Chouka Aili Salma

Docteur :

Type des Verres :

D.RM A.A.

Monture :

Métalliques

Cosy

Vision de Loin :

OD Axe Cyl Sph Add
OG Axe Cyl Sph Add

OD Axe Cyl Sph Add
OG Axe Cyl Sph Add

Vision de Prés :

OD Axe Cyl Sph Add

OG Axe Cyl Sph Add

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Add :

Montant :

1600,00

Mille six cent DH

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophthalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophthalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر و تقويم البصر من جامعة فكتور سينكلان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 24/12/2021.....

CHOUKAILI Salma

Oeil Droit : + 0,25

Oeil Gauche : (50° -0,25) + 0,25

VERRES BLANCS ANTIREFLETS

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Dr. MOHAMMED MIKO
OPHTHALMOLOGISTE
Angle Bd. Abdelmoumen N° 18
2ème étage N° 19
Téléphone N° 05 22 86 28 48
Casablanca
Maroc 61 09 57 50