

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

- 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



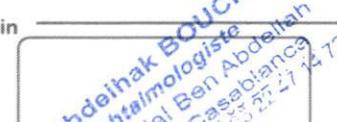
Déclaration de Maladie

Nº W21-677203

aladie
106323

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) _____ | | | |
| Matricule : <i>9005</i> | Société : _____ | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | _____ |
| Nom & Prénom : <i>KHAZIADI ADIL</i> | | | |
| Date de naissance : <i>22/06/73</i> | | | |
| Adresse : _____ | | | |
| Tél. : <i>0662763203</i> | Total des frais engagés : <i>3250,00</i> Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2018

| | | |
|---|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : |  | |
| Date de consultation : | 25/02/2022 | |
| Nom et prénom du malade : | KHALIDI ADIL | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | Vit de refroidissement | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | 03 MAR. 2022 | |
| 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) :

| 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 |
| 25/10/22 | G | | 250 NH | INP : 0919353317 Delhak BOUCHER Pédiatre Casablanca 14/72 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| Antoine Mille Particulier Chirurgien-Dentiste & Opticien | 02/03/22 | | | | | 3500000 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | |
| | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 21433552 | D | 00000000 | B | 35533411 | G | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | B | 35533411 | | | | | | | | | | | |
| | G | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | |

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-angiographie

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

70، زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء

05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدار البيضاء في

KHALIDI Adil 1685/07

Casablanca le Casablanca, le vendredi 25 février 2022

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

avec t off

Oeil Droit : (95° -1,00) -3,25 , Addition + 2,25

Oeil Gauche : (90° -1,75) -2,00 , Addition + 2,25

*Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien*

*Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72*



Optique 10 %

Opticien - Optométriste

Facture :

0017613

Date :

Mr : RHALDAD ABDI

Docteur :

Type des verres: ARRIERES MI-REGRESSES 2000%

Monture : OPTIQUE 1000%

Vision de Loin :

OD Axe 90° cyl -1 sph 3,00

OG Axe 90° cyl 125 sph 2

Vision de Prés :

OD Axe cyl sph

OG Axe cyl sph

+200 m. le Add : +2,00 Montant : 3000%

anti reflet

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 00183400001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P / 023451 - Patante : 30057211