

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.

Diagnostique 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.

Éducation :

- 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 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

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



2437
Déclaration de Maladie
N° M21- 0014327

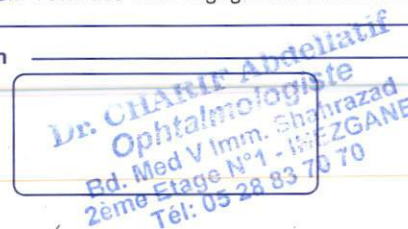
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société : RETRAITE
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : BENDAOUD EL BEKKAI
Date de naissance : 21/07/1958
Adresse : Rue 56ème N°1 TARRASTINZ GANE
Tél. : 0666121880 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BENDAOUD GHITA Age:
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Vie de l'ophtalme
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

22.11.22.		2001.00
-----------	--	---------

Dr. CHAKRABORTY
Ophthalmologist
Med Vmm. Shohrazad
Age No 1 - MEZGANE
25 28 83 70 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Montant détaillé
des Honoraires

2000100

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'

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



عيادة أمراض وجراحة العيون

CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

Dr CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste

3936/16

إنزغان، في 27 Janv 2022

Lunettes pour

M B = N / D = 0.00 G.H.T.A

OD

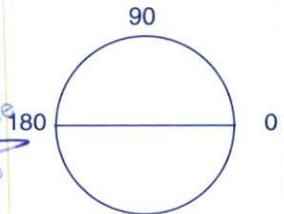
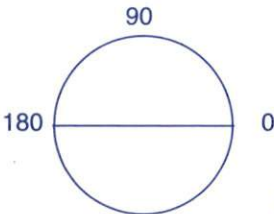
OG

-4 (-1 à 5)

LOIN

-4 (-1 à 180)

PRES



Verres :

Monture :

E.I.P.:

Sté HAKIM OPTIQUE sarl
Opticien - Optométrie
Rue Ksima N° 110 Inezgane
INP 043009116
GSM 06 53 93 51 35

Dr. CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste
Bd. Mohamed V Imm. Shahrzad
2ème Etage N°1 - Inezgane
Tél: 05 28 83 70 70

شارع محمد الخامس (عمارة شهرزاد) الطابق الثاني رقم 1 - إنزغان
Bd. Mohamed V - 2ème étage - N°1 (en face de la poste) - Inezgane
الهاتف : 05 28 83 70 70

Sté HAKIM OPTIQUE sari
Opticien Optométrie



Rue Ksima N° 110 Inezgane
Tél : 05 28 33 31 10 - Gsm : 06 53 93 51 35
PT 49337112 - IF 18751340 - RC 13157 - ICE 000311661000097

FACTURE

Le 27/12/2022
Mr : Ben HAKIM
N° 002159
GSM 06 53 93 51 35

deux paires de Lunettes

V. L. _____

O D. _____

O G. _____

V. P. _____

O D. _____

O G. _____

Sté HAKIM OPTIQUE sari
Opticien Optométrie
Rue Ksima N° 110 Inezgane
INP 045009115
GSM 06 53 93 51 35

OR + AN Iwdo

Une paire de Lunettes

V. L. ☒ O D. 5 - 1 - 1
O G. 180 - 1 - 1

V. P. ☐ O D. _____
O G. _____

D. Foyer ☐ O D. _____
O G. _____

Progressif ☐ O D. _____
O G. _____

+ Monture ☒ O D. _____
O G. _____

TOTAL

850,00

850,00

300,00

TOTAL

2000,00