

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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.

RAS : 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
Nº M21- 0014327
courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDAOUID EL BEKKAI

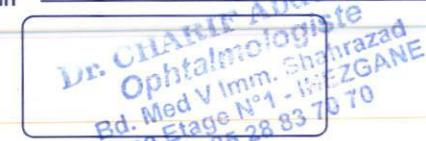
Date de naissance : 21/07/1958

Adresse : Rue 56h N° 01 TARRAST IN LY GANE

Tél. 666121880

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BEN DAOUID CHITA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Vie de l'opache*

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) :

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
22.11.22			200100	<i>Dr. Chirurgie Andrologiste Ophtalmologiste Med V imm. Sharrazad stage N°1 25-28-83 70 70</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

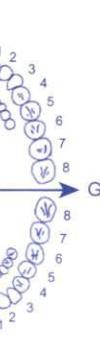
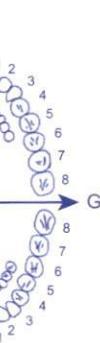
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	27/09/20					2000,10

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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Dr CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste

عيادة أمراض وجراحة العيون

CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

3936116

Inezgane, le 2 / Janv 2022 إنرگان، في

Lunettes pour

M BÉN DAOUJ. AYATA

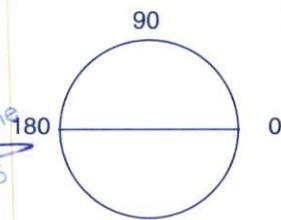
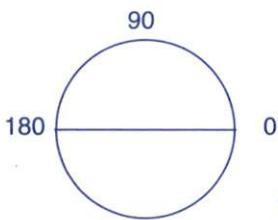
OD

-4 (-1 à 5)

LOIN
PRES

OG

-4 (-1 à 180)



Verres :

Monture :

E.I.P.:

Sté HAKIM OPTIQUE sarl
Opticien Optométrie
Rue Ksima N° 110 Inezgane
INP 045009415
GSM 06 53 93 51 35

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

 Sté HAKIM OPTIQUE sarl
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 27/2/22
Mr : 1251022222222222
Sté HAKIM OPTIQUE sarl
Opticien Optométrie
Rue Ksima N° 110 Inezgane
INP 045009115
GSM 06 53 93 51 35

N° 002159

deux paires de Lunettes

V . L _____

O D _____

O G _____

V . P _____

O D _____

O G _____

Sté HAKIM OPTIQUE, sarl

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

850,00

850,00

V . P O D _____
O G _____

D. Foyer O D _____

O G _____

Progressif O D _____

O G _____

+ Monture HAKIM OPTIQUE sarl
Opticien Optométrie
Rue Ksima N° 110 Inezgane
INP 045009115
GSM 06 53 93 51 35

300,00

TOTAL

2000,00