

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° W21-617062

118283

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 2020	Société : RAN	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ASSIDDKI MOHAMMED		
Date de naissance : 1950		
Adresse : lot Nely Pham Rue 3 N° 25 ouffa		
Tél. : 06 09 10 99 96	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDF N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Dr. Abdelaziz CHNANI Ophthalmologiste 14 Av. Kennedy Imm. An-nojji 1er Etage SAFI Tél/Fax: 0524 52 00 20		
Date de consultation : 25 AVR 2022	Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : APLITALMO			
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) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-617062	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	
Coupon à conserver par 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 AVR 2022		11.56	11.56	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

VOLET ADHERENT

* 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.																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP : <input type="text"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																																						
	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"/>																																																														
	<p>OD.F PROTHÈSES DENTAIRES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">DATE DU DEVIS <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </thead></table>				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </tbody> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </tbody> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																																													
	H	G																																																												
	25533412	21433552																																																												
	00000000	00000000																																																												
	D	G																																																												
	00000000	00000000																																																												
	35533411	11433553																																																												
	B																																																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																														
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																														
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																														

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد العزيز الشناني

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الملاحة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Safi le 25 AVR 2022. أسف في

NOTE D'HONORAIRES

111119814

NOM ET PRENOM : MR ASSIDDIKI MOHAMED

TYPE D'ACTE : OCT MACULAIRE

COEFFICIENT : K 80

HONORAIRE : 1000,00 DH

Arrêtée la présente note à la somme de Mille dirhams
réglée en espèces

Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophthalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. Anjour 1er Etage
SAFI - Tél/Fax: 0524.62.00.20

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور عبد العزيز الشناني

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات الاصفحة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Safi le : 25 AVR 2022

OCT MACULAIRE

MR ASSIDDIKI MOHAMED

CONTEXTE : OMD avec DSR OD. IVT OD

OCT maculaire œil droit

Bon profil fovéolaire

Exsudats hyper réflectifs maculaire en nasal inférieur

Absence de décollement séreux rétinien

Epaisseur centrale: 203 μ

OCT maculaire œil gauche

Bon profil fovéolaire

Micro logette centrale

Absence de décollement séreux rétinien

Epaisseur centrale: 255 μ

CONCLUSION : OMD avec DSR œil droit. Bonne réponse aux anti VEGF

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage
SAFI - Tél / Fax: 0524.62.00.20