

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

M22- 0009288

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAFRINDI MOHAMED

Date de naissance : 1-8-1948

Adresse : EL SADIJA

Tél. 0661463932 Total des frais engagés : 2800 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CAID T. Khalid
Ophthalmologiste
Rés. Al Beustane 7 Imm. 7 Etage 1
Appt. 2, El Jadida - Tél. : 06 33 07 91 52

Date de consultation : 15/06/2022

Nom et prénom du malade : LAFRINDI MOHAMED Age : 1948

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Correction visuelle

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : EL SADIJA Le : 15/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
15/06/2022	CE		200PH	

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

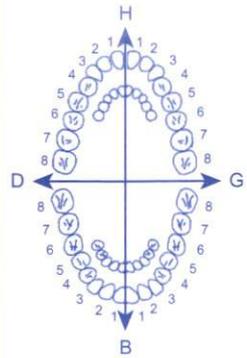
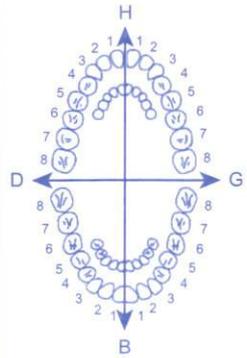
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	15/06/22				200PH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
00000000		00000000																		
D																				
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOFIANE OPTIC



Opticien Optométriste Spécialiste
Addapteur de Lentilles de Contact

Bloc 5, N° 390 Bis - Biranzarane - EL JADIDA (en arrière de café dyana)
Tél.: 06 63 39 10 28 - Patente N°: 43003079 - R.C.N°: 33298 - I.F.N°: 64115657
C.N.S.S.N°: 5586196 - I.C.F.N°: 00 171 448 900 0010

FACTURE N° 901865

M: LAFFA El Jadida, Le: 15/06/22
MOHAMED

Sur Ordonnance de Dr KHADI

Nom de la nomenclature Correspondante à la Prescription O.F. SOFIANE OPTIC Opticien Optométriste AAARAB BELLACHOUER 390 Bis Lot Bir Anzarane Bloc 5 - El Jadida Tél: 06 63 39 10 28	V.L. { O.D.: (-1.75 47A) O.G.: (-1.75 499)
Fournitures	V.P. { O.D.: — O.G.: —
Montures : <u>OPTIC</u>	PRIX <u>20010</u>
Verres : <u>ORMA</u>	<u>230010</u>
<u>P.G. AN. Blanc</u>	<u>21010</u>
<u>2x M. 16</u>	<u>270010</u>
Total :	<u>270010</u>

Arrêtée la présente Facture à la somme de : Den mille

Sept cent dix

T.V.A 19% Incluse

Dr Khalid Caid Touil

Ophthalmologiste
Specialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux



الدكتور خالد قائد طویل

إختصاصي
في أمراض و جراحة العيون

ORDONNANCE MEDICALE

El Jadida Le, 15/06/2022

El Jadida le

الجديدة في

Monsieur Lafrih Dr. mohamed

Dr. CAID T. Khalid
Ophthalmologiste
Rés. Al Boustane 7, Imm. 7, Etage 1,
Appt 2, El Jadida - Tél. : 06 33 07 91 52

VISION DE LOIN

- OD: PLAN (-1.5 A 71)

- OG: +0.5 (-1.5 A 99)

- 2 VERRES ANTIREFLETS ANTI UV PROGRESSIF + MONTURE

SOFIANE OPTIC
Opticien Optométriste
AARAB BELLA CHIGUER
Bloc 5, El Anzarane
Tél: 06 68 39 00 28

Dr. CAID T. Khalid
Ophthalmologiste
Rés. Al Boustane 7, Imm. 7, Etage 1,
Appt 2, El Jadida - Tél. : 06 33 07 91 52

Gsm: 06 33 07 91 52 - Tél 05 23 50 19 81

Route de Marrakech Rés Al Boustane 7
Imm 7 Etage 1 Appt 2 - El Jadida

طريق مراكش إقامة البستان 7
عمارة 7 الشقة 2 - الجديدة