

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0051379

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : DAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHELLIC HOUSSEINE

Date de naissance : 01.07.1967

Adresse : RES CHABAB ZONE D Im 9 Apt 11

et AIN SEBAA CASAB

Tél : 0667302886 Total des frais engagés : 4075,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2022

Nom et prénom du malade : CHELLIC HOUSSEINE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : suite de vaccination

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 : CASAB Le : 25/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
18/06/2022		2	25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/06/2022	75.75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

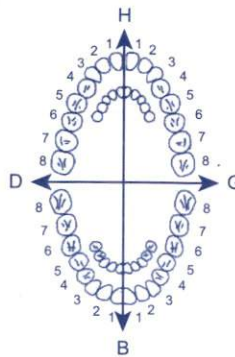
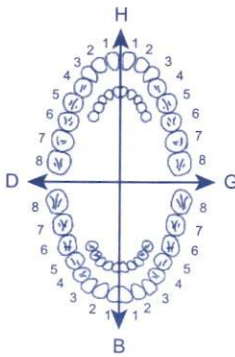
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/06/2022					3800.00

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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



Casa Le : 18/06/2022

Chelliq Houssine



37.20
Fucithalmic

38.10 1 app le soir (pendant 15 jours)

Siccafluid

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 15 jours)

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



Distribut par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

Dr. ESSADKI Fahd
Ophtalmologiste
Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani
Ain Sbâa-Casablanca / Tél: 0522 76 75 50

الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعمراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيم البرنوصي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Ain Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdessadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38

INPE : 091169870



Casa Le : 18/06/2022

Chelliq Houssine

Lunettes pour VL et VP (Verres + Monture)

VL OD : +1 (80° -0.5)
OG : +1,25 (75° -0.5)

VP OD : add+3.5
OG : add+3.5

, VERRES ORGANIQUE ANTI-REFLET ANTI-UV PROGRESSIF

Dr. ESSADKI Fahd
Ophthalmologiste
Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani
Ain Sbâa - Casablanca / Tél: 0522 76 75 50

الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعمراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيم البرنوصي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Ain Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdessadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38

INPE : 091169870

RACHAD Optic

BD Abi Der Al Ghafari Katafa Rue 45 N°8

Sidi Bernoussi / Casablanca

Tel : 0522733203

Patente : 31611162 / Ice : 001932476000030

If : 40419071 / Inpe : 095018594

M. HOUSSINE CHELLIQ

FACTURE N° : F115289

Date : 29/06/2022

Prescrit par : ESSADKI FAHD

No ID :

En date du : 18/06/2022

Désignation	Qté	Prix unit.		Valeur	TVA
VERRE PROGRESSIFS ORGANIQUE MTC	2	1500.00		3000.00	20.0
MONTURE OPTIQUE	1	800.00		800.00	20.0
 Corrections : VL D. Sph: +1.00 Cyl: -0.50 Axe: 80° Add: +3.50 VL G. Sph: +1.25 Cyl: -0.50 Axe: 75° Add: +3.50 VP D. Sph: +4.50 Cyl: -0.50 Axe: 80° VP G. Sph: +4.75 Cyl: -0.50 Axe: 75°					
Total	3			3800.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
3166.67	633.33	3800.00		3800.00 Dh

OPTIQUE VOUS REMERCIER POUR VOTRE VISITE