

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.

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- 0019230

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *Edi Idissi HAYAT*

Date de naissance : *28/06/1962*

Adresse : *3 Rés Mokhlisseo allal de Passie*

3ème étage Apt 107 Tanouille

Tél. : *0665898953* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *Edi Idissi HAYAT* Age : *60 ans*

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

Nature de la maladie : *ESOPHAGITE*

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
29/06/2022			24.	Dr. I. ESSAKHALI Service d'Ophtalmologie CHU Ibn Rachid Casablanca

[illegible][illegible]

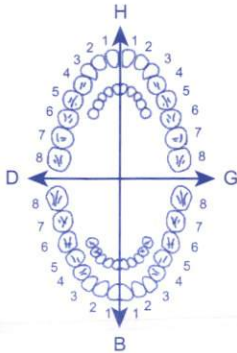
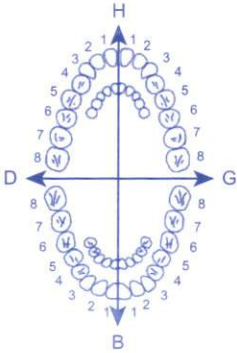
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27/12/22					3600

RELEVÉ 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'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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				D			G		00000000	00000000				35533411	11433553				B						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			G																																			
	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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 29/06/2022

ORDONNANCE

Docteur :

Eliechani HAYAT

Aux lentilles pour CO, verres organiques
Traités antireflet.

VL8 ODR - - 0,75 (- 0,25, 85°)

09 - - (- 0,75, 70°)

ADD + 2,50 Δ (ODU), Aux lentilles séparées

OPTIQUE MILLEPOURCENT
OPTICIEN
OPTOMETRISTE

Dr. J. ESSAMLAH
Service d'Ophtalmologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

OPTIQUE MILLE POUR CENT

OPTICIE

OPTOMETRISTE

FACTURE

Date

2/7/2022

Mr:

ELIDRISSI HANAT

Docteur:

H. ESSAMLAH

Types des Verres :

Monture :

Optique

1200 DH

*Vision de Loin :

ORM AR

OD

Axe

85

Cyl

-0.25

Sph

-0.75

700 DH

OD

Axe

70

Cyl

-0.75

Sph

700 DH

*Vision de Prés :

ORM AR

OD

Axe

85

Cyl

-0.25

Sph

+3.25

500 DH

OD

Axe

70

Cyl

-0.75

Sph

+2.50

500 DH

Add :

Montant :

3600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de

N° 425 Centre - Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810- IF : 018345- R.C : 242426

T.P : 023451 - PATENTE : 30057211