

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



Déclaration de Maladie

N° W21-710366

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

- Reclamation : 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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1624 Société : ND

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : A21687

Nom & Prénom : AKRAM ABDELRAJID

Date de naissance : 24/10/1958

Adresse : LOT LAINDUNE NR 460
CASEA BLANCA

Tél. : 0522932094 Total des frais engagés : 4034,80 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/05/2022

Nom et prénom du malade : MOUJEN ASMA épouse AKRAM Age: 64

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

Nature de la maladie : Amétropie + allergie

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 05/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

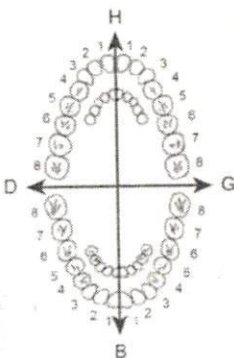
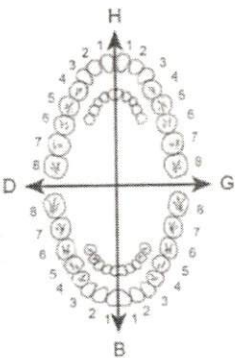
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE d'Amenagement H.H. 47 N.H. Laymoune - May Hassani T. 05 22 93 86 84 - Fax. 05 22 93 67 15 05 22 93 86 84 - IF: 40155060</p>	201.05.1202	234,30

[illegible][illegible]

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

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
					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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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'EXE



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

10/05/2020

Moumen ASNA

90,70

1) Opatanol



1 goutte x 2/7 + 1 mois

144,10

2) Vismed

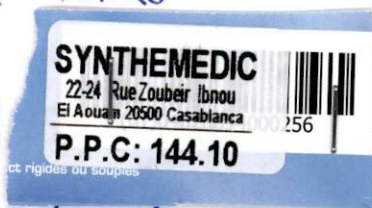


1 goutte x 3/7 + 1 mois

234,80

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°4
Hay Laymoun Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Abdoulhakim Soukama
Médecin résident
Ophtalmologie



OPTIQUE RHOUNAÏM

119 Bis Av. Reda Gudira
Djamâa - Casablanca
Tél. : 05 22 59 63 27



نظارات غونايم

119 مكرر شارع رضي اكديرة
(النيل سابقا) قرية الجماعة - البيضاء
الهاتف: 05 22 59 63 27

N° 04648

Client : MOUEN ASIA

Date : 30-06-2022

Docteur : Dr. ALI

Nomenclature N : AL. AL. 3

VL. OD : cyl sph

(-0.4 - 1.55) / +1.25

OG : cyl sph

(-0.5 40) / +1.0

VP. OD : cyl sph

+1.0 + 2.75

OG : cyl sph

+1.0 + 2.75

Verres : VICA, OKMA, AL. 1.56, 230000

Monture : PZASH C

120000

TOTAL :

350000

نظارات غونايم
Optique RHOUNAÏM

119 مكرر شارع رضي اكديرة (النيل مسبقا)
قرية الجماعة - البيضاء



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 10/05/2022

MOUNER ABMA

Correction pour vision de :

⇒ Droite : $OD^+ : +1,25 (-0,25 \text{ à } 10^\circ)$

$OB : +1,25 (-0,50 \text{ à } 40^\circ)$

⇒ gauche : Add +2,75 ODG

avec monture progressive
anti-reflet

نظارات مونايم
Optique MOUNAIM
119 مكرر شارع رضى اكديرة (النبيل منسحق)
قرية الجماعة - السدار الجبضاء

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
HADDOUGHOUKHALIFA
Medecin Resident
Ophtalmologie
30061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 018 / 2022 du 10/05/2022

Nom patient : **MOUMEN ASMA**

Entrée 10/05/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@fckm.hrk
N°INP 090061862