

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

- 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.

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- 0013154

125642

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9995 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 68 21 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

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

[illegible][illegible]

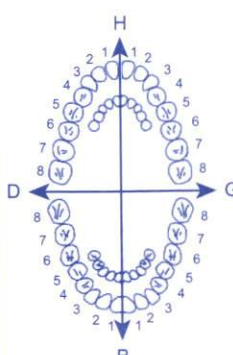
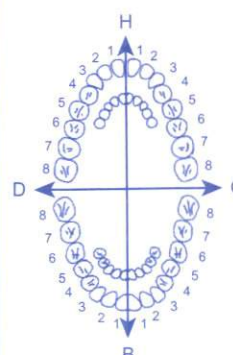
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
				CCEFFICIENT 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				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

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
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

DATE DE L'EXECUTION

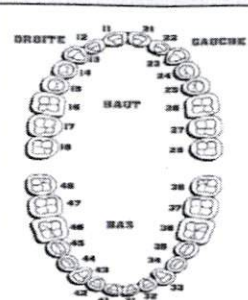
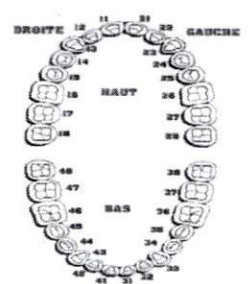
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratique et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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								
												
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Creation, Remont, adjonction)			Date du devis									
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de									

VOLET ADHERENT	NOM	Mle
DECLARATION N°	W18-380044	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-380044

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9995	Signature et cachet du praticien
Nom & Prénom		MR ABTIL MILAD	
Fonction	RETRAITE	Phones. 0661682100	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
consultation	250th		
PHARMACIE		Date 27/07/2022	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 10.08.2022	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
une mainline métallique		4500H	
-Dent Verres canaux		4500H	
TOTAL		9000H	

Av. Youssef Ben Tachfine N°85
Enfasse Pharmacie (R.N. Sine : NABOR)
Tel: 0661 68 21 00 / 0661 68 21 01

NAJIB MOHAMED
AFWER MOHAMED
Bou Hassan N°439
NABOR - Tél: 05 56 33 22 20

DR. CHEMLAL Chafik
Ophtalmologiste



الدكتور شملال شفيق

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

Lauréat de la Faculté de Médecine de Rabat

Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification
Chirurgie des Strabisme
Chirurgie des Paupières et des Voies Lacrymales
Neuro-Ophtalmologie
Ophtalmologie Pédiatrique
Angiographie Rétiniennes Numérisés Laser Argon
OCT

جراحة المياه البيضاء الجلالة
جراحة الحول
جراحة المسالك الدمعية و الجفون
أمراض العيون - العدسات اللاصقة
أمراض العيون عند الأطفال
تصوير أوعية العيون بأشعة الليزر الرقمي
سكانيز العيون

Nom :

Nador, Le :

Ouiam MRABTI

le mercredi 27 juillet 2022

- Une Monture :

- Vision de LOIN :

OEIL DROIT : +0,50 (-4,75 à 180°)

OEIL GAUCHE : +0,50 (-4,00 à 180°)

Verres Traités Anti-Reflets

NADOR OPTIQUE
AFKER Mohamed
Rue Hassan 2
NADOR - Tél: 05 36 33 22 22

DR. CHEMLAL Chafik
Ophtalmologiste
Av. Youssef Ibn Tachafin
En face Pharmacie Ibn Sina - NADOR
Tél: 0536 22 68 44

Gsm : 0661.29.68.44 - Tél : 0536.33.00.00

185, شارع يوسف ابن تاشفين. الطابق الثالث (أمام صيدلية ابن سينا) - الناظور
185, Av Youssef Ibn Tachafin, 3^{ème} étage (en face Pharmacie Ibn Sina) - NADOR
E-mail: cabinet.dr.chemlal@gmail.com

NADOR OPTIQUE بصريات الناظور

Bd. Hassan 1er N°39 -Nador
Tél: 05 36 33 22 22 - Gsm : 0649 251 252

شارع الحسن الأول رقم 39 الناظور
الهاتف: 0536 33 22 22 - النقال: 0649 251 252

Patente: 56114711
IF: 18804406
RC: 37286
ICE: 001745376000067

N° 00148

Client: Ouam

M. R. Bti

Nador, le

10.08.2022

Quantité	Désignation	Prix Unite	Prix Total
1	Une monture:		
	<input checked="" type="checkbox"/> Métalique	4500H	4500H
	<input type="checkbox"/> Plastique		
2	Deux verres correcteurs:		
	<input type="checkbox"/> Simple foyer.....		
	<input type="checkbox"/> Double foyer.....		
	<input type="checkbox"/> Progressif		
	<input type="checkbox"/> Minérale <input type="checkbox"/> Fort indice	2250H	4500H
	<input type="checkbox"/> CR 39 <input checked="" type="checkbox"/> Antireflet		
	<input type="checkbox"/> Polycarbonate <input type="checkbox"/> Photochromique		
	<input type="checkbox"/> 1,7 Antireflet		
	<input type="checkbox"/> 1,8 Antireflet		
	<input type="checkbox"/> 1,9 Antireflet		
	<input type="checkbox"/> 1,56		
	<input type="checkbox"/> 1,6		
	<input type="checkbox"/> 1,67		
	NADOR OPTIQUE AFKER Mohamed Rue Hassan 1er, N°39 NADOR - Tél: 05 36 33 22 22		
	PAYÉ EN ESPÈCES		
	NADOR OPTIQUE AFKER Mohamed Rue Hassan 1er, N°39 NADOR - Tél: 05 36 33 22 22		
	NADOR OPTIQUE AFKER Mohamed Rue Hassan 1er, N°39 NADOR - Tél: 05 36 33 22 22		
	TOTAL		