

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W21-774255

141938

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 142306

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

EL M'RABET FOAID
04/12/1983
117 CASA GREEN TOWN
BOU SKOUR
0661 06 8881

Total des frais engagés : 3800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR CHAHID BAKKAL
32, Rue Tahar Haddad
Gauthier - Casablanca (Ex. Gauthier)
Tél: 05 22 20 90 20 / 05 22 21 000
05 22 21 13 75

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e)

Le : 09/12/2022

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-774255

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
05.12.2022	Op		300	INP 08140174248
			32,40	OPHTALMOLOGISTE
			161,00	Dr. TANIA HOUSSINE (Ex. GANTIER - CASSEPIANNE 2)
			20,99	201

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisleur	Date	Montant de la Facture
Opticien Optométriste Rue Iana Houcine 20000 Tunis 05 22 20 21 98	06/12/2022	2800.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>
				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

H		H		H	
25533412		21433552		COEFFICIENT	
00000000		00000000		DES TRAVAUX	
D		G			
00000000		00000000		MONTANTS	
35533411		11433553		ET POUR	
B					

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la professionnalisation.

	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Votre Vision est unique, Notre Service aussi

Le 06/12/22

Mr / Mme : EL GABET FOUAD.

Facture Acquittée N° 2011901

Monture : 2 300 dh.

en verre Acétate

O.D. : 750 dh plan (-0,25 a +0)

O.G. : 750 dh plan (+0,25 a 0)

Total : 3800 dh

Réglé en partie

20, angle Rue Taha Houssine
et Mustapha Manfalouti
Gauthier - Casablanca

Tél. : 05 22 20 21 98

galileo_optique@yahoo.fr

ICE : 001536168000082

INPE : 095009627

GAUTIER OPTIQUE SARL
GALILEO OPTIQUE
Opticien Optométriste
20, Rue Taha Houcine 20000
Tél: 05 22 20 21 98

Docteur Chakib BAKKALI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

32, Rue Taha Hocine (Ex. Galilée) - Gauthier
20 060 Casablanca
Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75
Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

الدكتور شكيب بقالى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج جامعة باريس

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

عضو في الجامعة الفرنسية لأمراض العيون

32- زنقة طه حسين (كليي سابقا) -ڭوتنى

20060 الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

الفاكس: 05 22 47 13 75

Casablanca, le ٥٥١٨٢١ ٢٠٢٢ الدار البيضاء، في

MA: EL HRAZET FOUAD

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Dysmorphies - Amblyopsie.

OD = PLAN (-0,25 à 85°)

OG = PLAN (-0,25 à 110°)

GAUTIER OPTIQUE SARL
GALILEE OPTIQUE
Opticien Optométriste
20, Rue Taha Hocine 20000
Tel: 05 22 20 21 98

Docteur Chakib BAKKALI
OPHTHALMOLOGISTE
32, Rue Taha Hocine (Ex. Galilée)
Gauthier - Casablanca 21.000
Tél: 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75