

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

- 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- 0058771

MA 887

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0058771

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 :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BONRKIA ABDEZ GHANI

Date de naissance : 06/04/1960

Adresse : 107, Lot El WAFIAA DAKRA

Tél. : 066130889

Total des frais engagés : 2500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/12/2022

Nom et prénom du malade : BONRKIA en ACCUEIL Age: 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affectueux Oculaire CO

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 : CASABLANCA

Le : 27/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 Relevement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/12 2012 | CS | | 300,00 HS | Signature du Médecin : 82, Rue de la République Quartier HS Téléphone : 05 21 23 55 55 Fax : 05 21 23 47 84 INPE : 03104531 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| LUNETTES El Hanas Sout aid Derb Ghallef N° 10 05 22 99 77 | 22/01/2022 | | | | | 22000 |

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 | |
|--|--|---------------------------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

LUNETTES EL HANAA

نظارات الفناء

**Souk Ennajd Derb Ghallef
N° 509
Patente : 34717241**

سوق النجد درب غلف
الرقم 509
الياتنت - 34717241

DATE : 27.12.2022

No 013891

IC-086f644cc08

NOM : BOUMRKIA

PRENOM : Lia

- DOCTEUR :

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE CYL SPH - / 2

600.

VL

OG : AXE CYL SPH - 102

600,-

ADD: _____

QD : AXE CYE SPH

VP

OG : AXE CYL SPH

Verres 212 au jus que 21 A?

Monture spéciale

Facture Arrêtée à la somme de : Deux mille vingt-sept francs

Dear can't help

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
 Chirurgie de la Cataracte - Strabisme
 Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
 Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلبي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
 جراحة المياه البيضاء - الحول
 القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العين

24 décembre 2022

Mademoiselle BOURKIA Rim

VERRES DE LOIN
 ORGANIQUES
 BLANCS
 MONTURE

LUNETTES El Hanaa
 Souk Ennajid Derb Ghaffel N°508
 Tel : 05 22.30.53.03
 CASABLA

Oeil Droit : -1,00
 Oeil Gauche : -1,00

ANTI-RAYURES

ANTI-LUMIERE BLEUE

PORT PERMANENT

Docteur CHELLY Chafik
 Ophtalmologiste
 82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)
 Quartier des Palmiers - Casablanca
 Tel : 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70
 05 22.98.47.84
 INP : 091040931

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II
 Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca
 ☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70
 Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

82 ، زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2
 عمارة فيلات & جيب - الطابق الثاني هي - التخليل الدار البيضاء
 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70
 ☎ : 06 52.10.00.12 : 06 61.33.04.44
 مستعجلات:

24 décembre 2022

Mademoiselle BOURKIA Rim

- SOPHTAL COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 8 jours

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)
Quartier des Champs Elysées
Tél : 05 22 23 30 93 / 05 22 25 83 70
05 22 98 47 84
INPE : 091040931