

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

- 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



147798

Déclaration de Maladie : N° P19-0017570

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHOMSI Fatima Date de naissance :
Adresse : 18, Rés Yousef, Rue Jardin 14126 Ave Allal Ben Abdellah Fes
Tél. : 0661 412255 Total des frais engagés : 1750,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 15/12/2022
Nom et prénom du malade : Khomsi Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Correction optique
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 : Fes Le : 15/12/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
15/12/22	G2		250.86	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

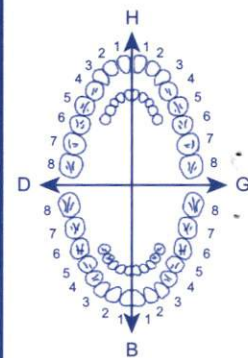
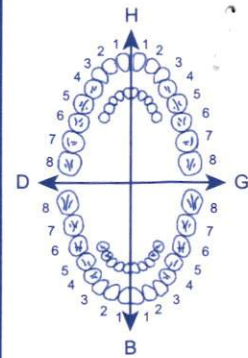
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
FAICAL OPTIC SARL AU Opticien Optométriste 9, Bloc D, Lot. ENNOUR Avenue Ibn Aïch - FES - MAROC	02/01/23					15.000dh

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														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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'EXECUTION

Dr.Marrakchi Mohammed

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE



Ancien médecin à l'hôpital Omar Idrissi
Membre de l'association française d'Ophtalmologie

Chirurgie de cataracte
Maladies rétiniennes
Ophtalmologie pédiatrique
Strabologie - Glaucome
Echographie Oculaire

الدكتور مراكشي محمد

إختصاصي في طب وجراحة العيون

طبيب بمستشفى عمر الإدريسي بفاس سابقا
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة- الفحص بالصدى
أمراض الشبكية- مرض الزرق
الحول- فحص وتصوير شبكية العين
تصحيح البصر بالليزر
أمراض العيون عند الأطفال

15 décembre 2022

Fès, Le :

Mme KHOMSI FATIHA

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Antireflets

VL :

OD = + 1.75

OG = + 1.75

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 4.25

OG = + 4.25

FAICAL OPTIC

SARL AU

Opticien Optométriste

9, Bloc D, Lot. ENNOUR
Avenue Ibn Atir- FES - MAROC

DR. MARRAKCHI Mohammed
Spécialiste en Ophtalmologie
Rue Abdelkrim, Boudkard Mohammed V, Fès
Tel. 05 35 62 28 88

IF: 25213935 - INPE: 141196667- ICE: 002069779000092

رقم 33, مكاتب المنار الطابق الأول, (زقة عبد الكريم الخطابي, شارع محمد الخامس (أمام مقهى الصرنوص) - فاس
N°33, Bureaux Manar 1^{er} Etage, Rue Abdelkrim Khattabi, Bd Med V (en face café Cynross) Fès

Fixe : 05 35 62 28 88

FAICAL OPTIC SARL AD

Opticien Optometriste
N°3 Bloc D. Av. Ibn Attir Lot Nour

FES-MAROC

Date: 02/10/23

Nom: KHOMSI

Fatima

Facture: 2124101

Prescription Docteur	OD: + 1,75
	OG: + 1,75
	OD: + 4,25
	OG: + 4,25
Fournitures :	
Montant :	
Monture :	Une Monture
Verres :	Deux Verres organiques progressifs Antireflets photochromiques
TOTAL :	
+ 500 DH	
+ 1000 DH	
+ 1500 DH	

Cachet de l'opticien

La présente facture TTC arrête à la somme de :

Mille cinq cents Dirhams
à espèces

