

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bou Rkia

AS de Plohan

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 61 73 08 89

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 **M22-0058770**

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

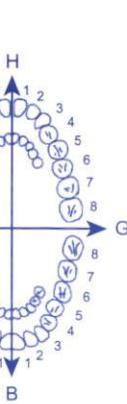
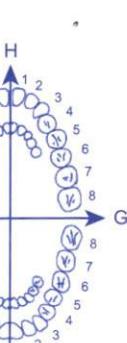
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exiés par la Mutuelle.

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

- Réclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOURKIA

ABDEZ GHANI

Date de naissance : 06/04/1960

Adresse : 107 Lot. WAFAA. Deltan

Tél. : 0661330889

Total des frais engagés : 5108,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20.12.2022

Nom et prénom du malade : Bourkia Rachida Age: 60 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Oculaire

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 : 26.01.2023

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 Paiement des Actes
20/12/2021	OS	1	300,00 W	 Dr. Béatrice Baudouin - Intern. Fam. 83 rue de la République - 64000 Pau - Tél. 05 22 25 83 70 Fax 05 22 25 83 71 - E-mail: bbaudouin@wanadoo.fr N° de la carte de l'ordre : 1040031

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE EL OUMOURA 44 lotissement el wazaa fix: 0522.53.2033	20-12-11	20.8.17

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	
<u>LUNDI 21 JANVIER</u>	14.21.2021					4600,-

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows the human mandible (lower jawbone) with numbered teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards, indicating the direction of the upper arch. A horizontal arrow labeled 'D' on the left and 'G' on the right points to the right, indicating the direction of the lower arch. A vertical arrow labeled 'B' at the bottom points downwards, indicating the direction of the lower arch.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

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

20 décembre 2022

Madame ZITIOUI EP. BOURKIA Rachida

VISION DE LOIN

Oeil Droit : $(20^\circ + 0,25) + 0,75$
 Oeil Gauche : $(175^\circ + 0,50) + 0,75$

VISION DE PRES

Oeil Droit : $(20^\circ + 0,25) + 3,50$
 Oeil Gauche : $(175^\circ + 0,50) + 3,50$

Deux paires de lunettes
 + montures

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 22.98.47.84
 Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12



Docteur CHELLY Chafik
 Ophtalmologiste
 82, Rue Soumaya (Immeuble Fiat)
 Quartier des Palmiers - Casablanca
 Tel : 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70
 05 22.98.47.84
 INE : 021040931

82، زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2
 عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - 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 : 06 61.33.04.44

20 décembre 2022

Madame ZITIOUI EP. BOURKIA Rachida

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroue
Fix : 05.22.53.20.54

- 50.10
- OTAD 0,1% COLLYRE
1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 mois
 - CATIONORM COLLYRE
1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois
- 158.10
- 50.10
- 208.10



Docteur CHELLY Chafik
Oncologue
82, Rue Souissi (Imm. Fiat)
Quartier des Fermiers - Casablanca
Tel : 05 22 21 80 83 / 05 22 25 83 70
05 22 88 47 84
INFE 100-400831

LUNETTES EL HANAA

نظارات هنا

Souk Ennajd Derb Ghallef
N° 509
Patente : 34717241

سوق النجد درب غلف
الرقم 509
الباتنت - 34717241

DATE : ١٧.٠١.٢٠٢٣ N° 015012

NOM : ZITTOUR BOURKIA
PRENOM : RACHIDA

- DOCTEUR : CHELY CHAFIK
- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE ٦٣ CYL +٠٢٥ SPH +٠٣٧ VL ١٦٣

OG : AXE ١٦١ CYL +٠٢٦ SPH +٠٣٧

ADD : + ٢٣٧

OD : AXE CYL SPH
VP
OG : AXE CYL SPH

LUNETTES El Hanaa
Souk Ennajd Derb Ghallef
Tel : 05 22 99 27 09
CASABLANCA

Verres ٠١٥٠١٢ A ٢ Progressif

Monture ٠٢٣٧

Facture Arrêtée à la somme de : ٢٠١٦٣

Six cent ٣٤

١٦٣
١٦٣

.....

.....

٢٠١٦٣

٤٦٠