

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 10.3.6.3 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL AITCH ABDELLAH

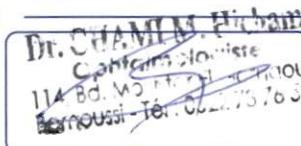
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.39.03.44 Total des frais engagés : 44.100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/05/2023

Nom et prénom du malade : EL AITCH Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection ositaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

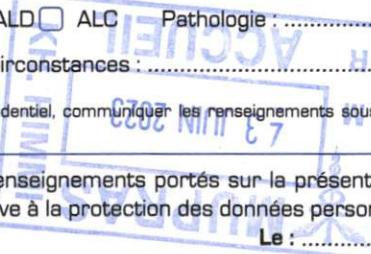
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
26.05.23	Cg	30000 Dh		 Dr. CHAMMAM Hicham Spécialiste en Médecine 114, Bd. Mokhtar Ben Yousfi Boussoufa - Rabat - Casablanca 91139959

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 M. Opticien Rue d'AFATI (LA POINCARÉ) CASABLANCA <small>20-12-21</small>	21/06/2023	38000 -

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	

BELEVE 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	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D	G												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
				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											



PT230526103445

26 mai 2023

Mr EL AICH Abdellah

**Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Amincis,
Filtre anti-lumière bleue**

Vision de loin :

OD = + 0.25 (- 3.00 à 98°)

OG = + 0.25 (- 3.00 à 65°)

Vision de près :

ODG = Add : + 1.75

SCIENCE
VUE Opticien
50, Rue de TATA (Ex Poincaré)
Tél. : 27.12.21 - CASABLANCA

Dr. EL AICH
Opticien
114, Bd. Aït
Bennoussi - Tel. : 05 22 73 76 50

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal SC
Casablanca
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34



Lunette de Vue et Solaires Lentilles de Contact

0005241



Casablanca, le 21 octobre 2023

M. EL AICH ABDELLAH Doit

N° de nomenclature correspondant	Vision de Loin O.D. O.G.	Vision de Pres O.D. O.G.	Double Foyer O.D. 431 O.G. 431	Docteur D' CHAM HICHAM
----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

La présente facture est arrêtée à la somme de :

TWIS Mille huit cent Dix

50.Rue de Tata (ex. rue Poincaré) - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 27 12 21

R.C : Casa 183294 - Patente N°33201677

ICE:001627142000018

50 زنقة طاطا سابقا زنقة بوانخاري - الدار البيضاء

الهاتف-الفاكس: 05.22.27.12.21

السجل التجاري البيضاء: 183294 - الضريبة: 33201677

رقم التعريف: ٣٣٩٦٠١٨