

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0059488

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6773 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUJOUUD MOHAMED

Date de naissance : 26/12/1957

Adresse : 301-559 Rue Saint Louis

LAVAL (64) HTV 0C5

Tél. : 514 546 8508 Total des frais engagés : 135,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr CHRAIBI H.Karim
Chirurgien Ophtalmologiste
Angle Route d'Azemmour et Bd
Sidi Abderrahmane Hay Hassani-Casablanca
Tel: 052 567 30 10 Fax: 052 567 30 11 - 052 566 49749

Date de consultation : 11/11/2023

Nom et prénom du malade : TALBI NADIA 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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11 AOUT 2023 | L2P | 300.00 | | Dr CHRAIBI Hayatou Chirurgien Dentiste Route de Casablanca Angle Hay Hassoun Casablanca Tél: 0522915302 - Fax: 0522915302 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DE L'OCÉAN Route 8000 Dar El Beïda Casablanca Tél: 0522915302 | 11/08/2023 | T = 135.00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | 21433552 |
| 25533412 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 35533411 |
| B | 11433553 |
| G | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | 21433552 |
| 25533412 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 35533411 |
| B | 11433553 |

Coefficient Des Travaux

| |
|--|
| |
|--|

MONTANTS 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

CABINET d'OPHTALMOLOGIE

Dr. CHRAIBI H. Karim
MALADIES ET CHIRURGIE DE YEUX
ANGIOGRAPHIE - LAZER - LENTILLE DE CONTACT

Diplômé de l'UNIVERSITÉ BORDEAUX II - FRANCE
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de BORDEAUX
Ancien Attaché des Hôpitaux de BORDEAUX
Membre de la SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'OPHTHALMOLOGIE
Membre de l'AMERICAN ACADEMY of OPHTHALMOLOGY

الدكتور الشرايبى ح. كريم
اختصاصي في طب وجراحة العيون

خريج جامعة بوردو II بفرنسا

جراح سابقاً بمستشفيات بوردو

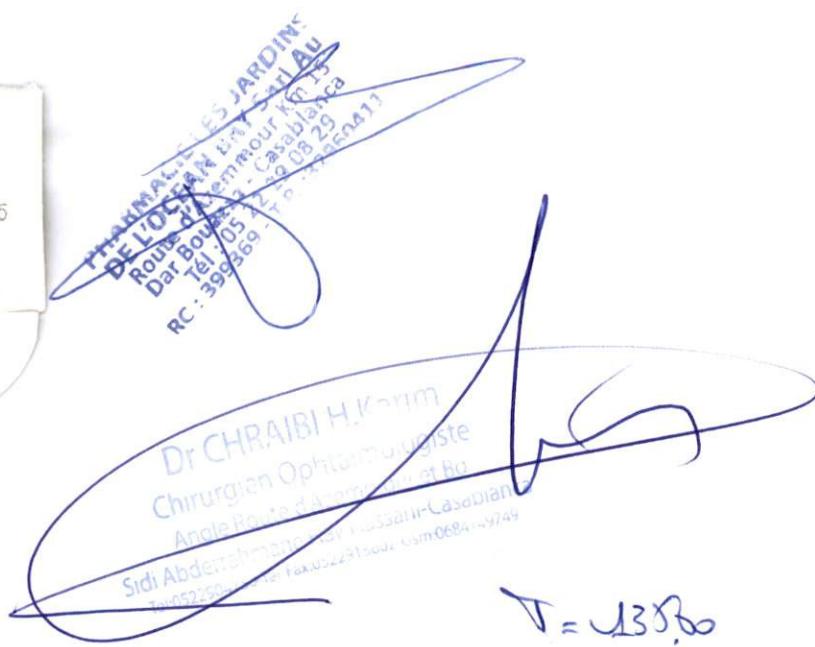
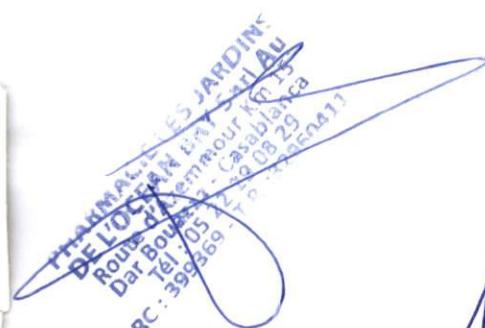
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو بالأكاديمية الأمريكية لطب العيون

CASABLANCA, LE

11 AOÛT 2023

T. Chraibi N. Sidi Ali
13500
Bd Sidi Abderrahmane 1er étage
Tél : 0522 91 56 02 - Fax : 0522 91 56 02 - E-mail : cabinet@karimchraibih.com



IMMEUBLE COMMUNAL HAY HASSANI, ANGLE BD. SIDI ABDELLAH BEN KADDOUR ET ROUTE D'AZEMOUR, ENTRÉE B
2^{ÈME} ÉTADE APPT. N°1 - 20230 CASABLANCA - TÉL. : 0522 90 47 50 / 0684 749 749
TÉL./FAX : 0522 91 56 02 - E-MAIL : CABINET@KARIMCHRAIBIH.COM