

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



Déclaration de Maladie

M22- 0026941 *176160*

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *ZAROUÏ HANNADI*

Matricule : *1069* Société : *RAK*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *Zarouï Hannadi*

Date de naissance :

Adresse : *actuel*

Tél. : *061986624* Total des frais engagés : *2400 + 300* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *11 SEPT 2023*

Nom et prénom du malade : *MR. ZAROUÏ HANNADI* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Presbytie*

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 : *21-9-23* Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
3 SEPT 2023			3001	

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	
	14-09-2023					24000

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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H															
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		B															
00000000		00000000															
35533411		11433553															
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur Abdelkader Moukel

Maladies et Chirurgies des Yeux
Strabologie - Angiographie - Laser
Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

الدكتور عبد القادر مقل

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

CASABLANCA, le Mercredi 13 Septembre 2023

Monsieur ZARGUI Hammadi

VISION DE LOIN VERRES ORGANIQUES

ANTI REFLET+ MONTURE

Oeil Droit : (150° -1,00) + 5,00

Oeil Gauche : + 4,00

VISION DE PRES VERRES ORGANIQUES

ANTI REFLET + MONTURE VERRES AMINCIS

Oeil Droit : (150° -1,00) + 8,00

Oeil Gauche : + 7,00

نظارات الحياة
LUNETTES LA VIE
Mohamed ROKNEDDINE
Opticien - Optométriste
Souk/Korea Bloc (EF) N°15 Casablanca
Tél: 05 22 22 80 02 81

Dr. MOUKEL ABDELKADER
OPHTALMOLOGUE
24, Bd. Mohamed V, Casablanca
Tél.: 022 22 96 41 Fax: 07 46 68 61

01



نظارات الحياة

LUNETTES DE LA VIE

Bloc (EF) Souk Korïa N° 116

Casablanca

Tél. : 0522 80 87 96 / 80 02 81

R.C. : 247708 - I.F. : 45519260

Patente : 36611440

ICE : 000885021000189

FACTURE

N° 0002637

سوق القريعة بلوك اف رقم
البيضاء 116

الهاتف : 0522 80 87 96 / 80 02 81

R.C. : 247708 - I.F. : 45519260

Patente : 36611440

ICE : 000885021000189

Casablanca, le : 14-02-2023

M Zergui Hammedi

Doit

Docteur Abdelkader Moukacel

Nomenclature N° 409. 410

OD : cyl sph (1.50, -1, -) + 5.00 450,00

OG : cyl sph + 4.00 450,00

VP OD : cyl sph (1.50, -1, -) + 8.00 350,00

OG : cyl sph + 7.00 350,00

Verres : Organique plus et Blue

Montures : optiques 800,00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Deux Mille Quatre cent 24000,00

نظارات الحياة
LUNETTES DE LA VIE
Mohamed ROKMEDDINE
Opticien Optométriste

Souk Korïa Bloc (EF) N° 116 - Casablanca

Tél: 05 22 80 02 81