

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, parodontologie 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Anglé Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W19-412400

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : ESSALHI ABDELHADI

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ESSALHI ABDELHADI

Date de naissance : 14/03/65

Adresse : ESSALHI 9 Royal Air Maroc W19

Tél : 0665 28516 Total des frais engagés : 1450 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2019

Nom et prénom du malade : ESSALHI FATIMA ZAHRA Age: 54

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 : Le : 09/10/19

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
02/10/15	CS		210 DH	INP : 101 118 030 5 Méd. DENT. SAMAL ART. 110 F. MEDICALE AU PERMIS DE CONDUIRE Av. Lalla Asmaa Rés. Sam 2 App. 2: Tabrique - Sal Tel. 05 37 86 52 28

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/10/2015					1200 DH

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<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		MONTANTS DES SOINS []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
DATE DU DEVIS []																		
DATE DE L'EXECUTION []																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



Nabil Zahri

Opticien Optométriste
Spécialiste en
Lentilles De Contacte

Salé, le

Facture N **0007588**

11 Octo 2019

M. **ESSALHI
FATIMA Zahra**

Dr.

INP
105010672

VISION LOIN

OD : Sph **+2.75** Cyl **-2.25** Axe **5°**
OG : Sph **+2.75** Cyl **-2.25** Axe **175°**

VISION PRES

Add

Add

Désignation

Monture : **Plastique**
Verres : **orgénique Antibreflet**
Lentilles :
Observation :

Prix **blt**

500
700 **blt**

Cachet - Signature :

TOTAL

1200 **stt**



MONTANT (en lettres)

deux cent dix ans

Mag. N° 3, Rés. El Ghazouani. Av. Médiouna, 11000, Bettana, - Salé - Tél. : 06 61 33 00 03
ICE : 000416462000057 - R.C : 29702 - Patente : 28801524 - I.F : 36226420

E-mail : okovision@hotmail.fr

Cabinet NACIRI d'Ophtalmologie

Dr. NACIRI Kāmal

Ophtalmologiste

Agrée à délivrer des Certificats

du Permis de Conduire



عيادة الناصري لطب وجراحة العيون

د. ناصري كمال

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد لمنح الشواهد الطبية

لرخصة السياقة

09 Octobre 2019

Mlle ESSALHI Fatima Zahra

Monture pour enfant + verres correcteurs

OD = + 2.75 (- 2.25 à 5°)

OG = + 2.75 (- 2.25 à 175°)

Dr. NACIRI Kāmal
Médecin Ophtalmologiste
APTITUDE 1 et 2
Av. Lalla Asmaa, Résidence Adam 2 Immeuble 1 Appartement 2 - Tabriquet - Salé
Appt 2: Tabriquet - Salé
Tel: 05 37 86 52 28



شارع للا أسماء إقامة آدم 2 عمارة 1، شقة 2 - تابريكت - سلا الهاتف: 05 37 86 52 28 مستعجلات: 06 68 07 47 26

Avenue Lalla Asmaa, Résidence Adam 2 Immeuble 1 Appartement 2 - Tabriquet - Salé

Tél : 05 37 86 52 28 / Urgences : 06 68 07 47 26