

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 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 13 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-852337

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9466 Société : Reploc Nader
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NORCHID Abderrazak 905692
 Date de naissance : 26-12-1969
 Adresse : Rue Tunis Immeuble Samira 2^e étage
 appartement A Nader
 Tél : 0672614770 Total des frais engagés : 1250,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور شفيق شيب
 Dr. CHEMLAL Chafik
 OPHTALMOLOGISTE
 Av. Youssef Ibn Tachfine N°185
 Estade Pharmacie IBN Sina - NADOR
 Tél : 0526 26 00 00 / Fax : 0526 26 00 11

Date de consultation : 27-04-2024
 Nom et prénom du malade : BOUFEDA Touria Age : 1974
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : c.s ophtalmologiste
 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 : Nador Le : 27-04-2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-852337

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 : 9466
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés : 1250,-
 Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTICA VALENCIA RUE ABDELKARIM EL KHATTABI KADI AYAD N° 121 - NADOR INPE: 085027449	27/05/94	• VERRES : 500 • MONTURE : 500				

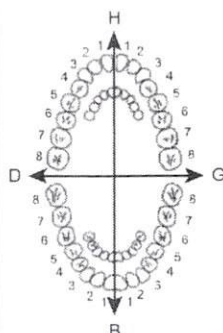
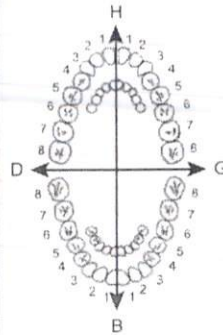
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX	
						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



OPTICA VALENCIA

FACTURE

FACTURE N°: 0220

CLIENT:

DATE:

ICE: 002394125000007

INPE: 085027449

IF: 42800843



RUE ABDELKARIM EL KHATTABI
ET KADI AYAD N° 121 - NADOR



Téléphone:
06 41 33 35 86

Référence	Element	QTY	P.Unitaire	P.Total
	VERRES. OPHTHALMIQUES			
	MONITURE			
	PAYÉE EN ESPÈCES			
	ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME			
	# DIRHAMS			
	Sté OPTICA VALENCIA			
	ANGLE RUE ABDELKARIM EL KHATTABI			
	ET KADI AYAD N° 121 - NADOR			
	Total TTC			
	RUE ABDELKARIM EL KHATTABI			
	ET KADI AYAD N° 121 - NADOR			

Docteur CHEMLAL Chafik

OPHTALMOLOGISTE

- * Strabisme - Dacryologie
- * Ophtalmologie Pédiatrique
- * Neuro - Ophtalmologie
- * Contactologie
- * Angiographie rétinienne Numérisée - Laser Argon
- * O.C.T.

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat



الدكتور شملال شفيق

اختصاص في أمراض وجراحة العيون

- * جراحة الجلالة بالليزر ، جراحة الحول
- * جراحة مسالك الدموع والحواجب
- * العدسات اللاصقة، تصوير أوعية العيون
- * أشعة الليزر الرقمية .
- * سكانير العين .

خريج كلية الطب بالرباط

ORDONNANCE

Nom :

Nador, le: **Touria BOUFEDA**

le samedi 27 avril 2024

- Une Monture :

- Vision de LOIN :

OEIL DROIT : -3,25

OEIL GAUCHE : -3,25 (-1,50 à 50°)

Sté OPTICA VALENCIA
ANGLE RUE ABDELKADIM EL KHATTABI
ET KADI AYAD N° 121 - NADOR
INPE: 085027449

الدكتور شملال شفيق
Dr. CHEMLAL Chafik
OPHTALMOLOGISTE
Av. Youssef Ibn tachfine N°185
En face Pharmacie Ibn Sina - NADOR
Tél: 0536330000 / 0661296844