

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 : N° P19- 0008558

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **086 50** Société :

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : **Hicham** Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : **Ibrahim** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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] :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0008558

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 :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
.....
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAÎRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-D-G system, a 3D coordinate system defined by three axes: H (vertical), D (horizontal left-right), and G (depth). The origin is at the center. Eight points are marked along each axis, labeled 1 through 8. Along the H-axis, point 1 is at the top, 2 is at the bottom, and 3 is at the center. Along the D-axis, point 1 is on the right, 2 is on the left, and 3 is at the center. Along the G-axis, point 1 is in front, 2 is behind, and 3 is at the center. The points are arranged in a circular pattern around the central point H.

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

03.06.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 8650

Nom & Prénom LAANNA HICHAM

Signature de
l'adhérent

Signature de
l'adhérent

Fonction TECHNICIEN AERO Phones 062802922

Mail LAANNA@ROYALAIRMAROC.COM

MEDECIN

Prénom du patient

LAANNA DR RAY

Adhérent Conjoint Enfant

Age 24.04.2008 Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

vise de Refe Dr Ray

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Signature de
l'adhérent

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	CS	300DH

Cachet
du Médecin
Dr Ray

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'opticien
Dr Ray

Signature de
l'opticien
Dr Ray

Signature de
l'opticien
Dr Ray

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Signature de
l'adhérent

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : 01/06/2019

Nombre

Montant détaillé des

Honoraires

Monture + Verre

4500,00 Dhs

ANFA PLACE VISON
AIN DIAB N° 16 RDC
AIN DIAB CASABLANCA
TEL : 0522 76 64 69



Professeur Ouafae BENCHEKROUN

*Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca*

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بن شهادون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب وجراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الایزر

عدسات الاتصال

Casablanca , le

27-5-19

الدار البيضاء في

Karenne IKRASY



KTS ANTA PUEBLO
AV. DIBS. CAGABLANCA
Tel.: 0522 7916469

$$(01) = -5 \begin{pmatrix} -1, 25 \\ 30 \end{pmatrix}$$

$$OG = -5,50 \left(-175, 140 \right)$$

verres aménagés

Frederick Blake

Professeur Ouafae Benchekroun
Ophtalmogiste
Bd du Palais Bd Ghandt Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Télécopie : 062 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.

Fax et Tél. : 05 22 36 37 08 - Urgence : 06 62 55 19 36

KRYS opticien



095017083

FACTURE:LAANAIA IKRAM

01/06/2019

DESIGNATION	QTE	PRIX
MONTURE OPTIQUE	1	1200.00
VERRE ORGANIQUE	2	3300.00
TOTAL		4500.00DHS

Krys
ANFA PLACE VISION
ANFA PLACE
MALL
Casablanca

FACTURE ARRETER A LA SOMME : QUATRE MILLE CINQ CENT DHS TTC

ANFAPLACE VISIONANFAPLACE MALL Bd la corniche 20000 Casablanca Tel : 0522796469 Mail : Krysanfa@gmail.com
RC.232839 PATENTE.36393452 IF.40259283 CNSS.8690738ICE : 000166846000032