

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

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.

aire :

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.

die 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAKHIC HACHI SANAA

Date de naissance : 15/10/1966

Adresse : HAY AL WALAA TR 6 SEC 1 IM 1 AP 124 Sidi Ifran

Tél. : 06.67.67.1111.60 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :



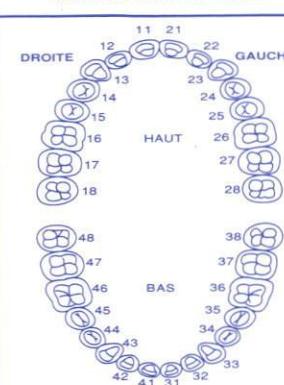
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

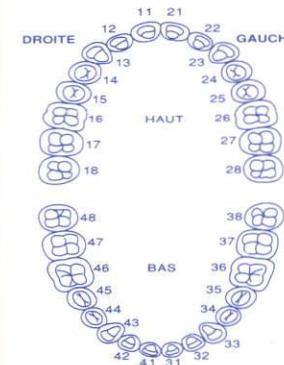
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



O.D.F. Prothèses dentaires



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

**Coefficient
des travaux**

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

**Coefficient
des travaux**

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18	HAUT	21 22 23 24 25 26 27 28	GAUCHE

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553	G

vise et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 17 / 0065437



Mme

Cachet
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1875

Nom & Prénom OUAKHLACHACHI SANAA

Fonction Neuve CHOUAF Amed

Mail HAY AL WALAA TR6 Soc 1 IN1 AP12U sidiham

Signature de
l'adherent

MEDECIN

Prénom du patient

SANAA

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date

Date 1ère visite

Nature de la maladie

BAU + cypacule. off

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

UR

270,-

PHARMACIE

Date 06/09/19

Montant de la facture

162,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date 19/09/19

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

1750 a 2 verre 2mg

2500 DH

Signature de
l'adherent
DR TAFHIA JELLA
OPHTALMOLOGISTE
Date 05/09/2019
Signature de
l'adherent
DR TAFHIA JELLA
OPHTALMOLOGISTE
Date 05/09/2019
Signature de
l'adherent
DR TAFHIA JELLA
OPHTALMOLOGISTE
Date 05/09/2019

Docteur Tawfik Jellal

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucome
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

- * Angiographie
- * Laser * Lentilles de contact
- * Champ Visuel Automatisé



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - علاج بالليزر
المجال البصري الآلوماتيكي
العدسات اللاصقة

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 06/06/2019

Mr Sanaa. ouakkach.

Nettoyage des yeux
Gants de protection
mois



Sur l'acte d'opt.



29.06 Neuville

Dr. TAWFIK JELLAL
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue de Bagdad
Tél: 05 22 20 94 31

PHARMACIE SAKHLA
Attabia, Casablanca
Tél: 05 22 20 08 17

24 Rue Bagdad (Angle Rue d'Agadir) 1er étage -Casablanca-
Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

24 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير) الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31

~~HER MEDIC~~
~~PPC~~
~~83.00 DHS~~



Docteur Tawfik Jellal

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
Membre de l'Institut Européen du Glaucome
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

* Angiographie
* Laser * Lentilles de contact
* Champ Visuel Automatisé



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الآلوماتيكي

العدسات اللاصقة

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : ... 06/09/2019

M^{me} Sanaa ouakchachchi

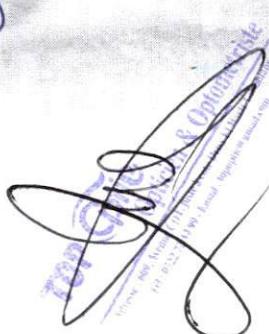
Vue + Amplitude: Vuure progronds stante A3

V_L 05 +0,25 (-0,25 ± 90)

06 Vuure neutre

V_P 05 add + 2,50

06 Vuure neutre



24 Rue Bagdad (Angle Rue d'Agadir) 1er étage -Casablanca-
Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

05.22.20.94.31 24 زنقة بغداد (زاوية زنقة اكادير) الدار البيضاء / الهاتف :

TOP OPTIC

بصريات طوب

OUAKHCHACHI SANAA

Facture N°015/M9/2019

INPE:095016226

Date de Facture

19/09/2019

DESIGNATION

MONTANT TTC

deux verres progressif organique (PGX AR)	2 000,00
Od: (90-0,25)+0,25	
Og: (90-0,25)+0,25	
add +2,50	500,00
monture	
Total	2 500,00
Montant (HT)	2 083,33
TVA (20%)	416,67
Total	2 500,00

Arrêtée la présente Note d'Honoraire à la somme de :

Deux mille cinq cent dirhams

Mode de paiement: Espece