

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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- 053848
34875.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7477 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BARZALY MOHAMED

Date de naissance : 27-01-1951

Adresse : 1. BD EMILE ZOLA RES PALACE

EMILE ZOLA. B.F. 2^e ETAGE APP. N° 5

Tél. : 0616859003 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 21 JUIL. 2020

Nom et prénom du malade : BARZALY MOHAMED Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *lunux*

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21 JUIN 2020 | G | t | 200DH | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Optique Mille pour Cent Optométriste & Opticien | 17/06/2020 | 3300 - / |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

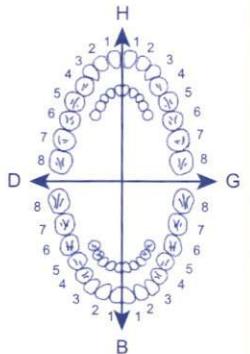
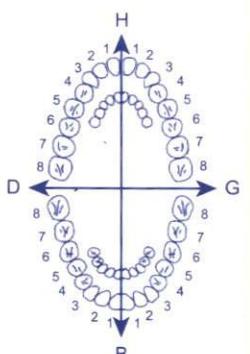
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 l'ORO.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|---|---|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G | B | |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. ROQAI CHAOUI Rachid

OPHTHALMOLOGISTE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Med V à El Jadida
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie Laser

الدكتور رقعي شاوي رشيد

إختصاصي في أمراض وجراحة العين

رئيس سابق لقسم أمراض العين

بمستشفى محمد الخامس بالجديدة

أنجيوغرافيا أشعة الليزر

Casablanca, le : 21/07/2020 الدار البيضاء، في

MR BARZALY MOHAMED

Verres correcteurs :

- *Vision de loin*

OD : (10°, +1) +0,50

OG : (0°, +1) +0,50

- *Vision de près*

OD : Add +3

OG : Add +3

Optique Mille pour Cent
Optométriste & Opticien

Nature des verres Progressifs Photochromiques

+ Monture

Dr ROQAI CHAOUI Rachid
دكتور رشيد
شاوي
Ophtalmologist
Dr. Abidur El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi
Casablanca Tel. 05 22 76 58 58

32، شارع أبي ذر الغفارى . حي أمال 3 . سيدى البرنوصى (أمام مقهى إشبيليا) . الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 76 58 58
32, Boulevard Abidar El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi - (en face du café Ichbilia) - Casablanca - Tél. : 05 22 76 58 58

E-mail : chaoui.ophtalmo@hotmail.com



Optique Mille pour Cent

Optométriste & Opticien

Facture : N° 004350

Date : 27.7.2020

Mr : BARZAÏY MOHAMED

Docteur : ROQAI CHAOUI RACHID

Type des verres : PROGRESSIFS
PHOTOCHROMIQUES
ANT

Monture : 5000.00

Vision de Loin :

| | | | | |
|----|---------|-----------|-----------|----------|
| OD | Axe 10° | Cyl +1,00 | Sph +9,50 | 14000.00 |
|----|---------|-----------|-----------|----------|

| | | | | |
|----|--------|-----------|-----------|----------|
| OG | Axe 0° | Cyl +1,00 | Sph +0,50 | 14000.00 |
|----|--------|-----------|-----------|----------|

Vision de Prés :

| | | | |
|----|-----|-----|-----|
| OD | Axe | Cyl | Sph |
|----|-----|-----|-----|

| | | | |
|----|-----|-----|-----|
| OG | Axe | Cyl | Sph |
|----|-----|-----|-----|

Optique Mille pour Cent Add : 33000.00

Optométriste & Opticien Montant :

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca
ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426
T.P : 023451 - Patente : 30057211