

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.

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-725505

129953



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4961		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : El Ithale Abdelaziz		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0668197653		Total des frais engagés : 1300,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. ZR Oum Meryem			
Date de consultation : 15/05/2022			
Nom et prénom du malade : MED MERYE			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Légitime <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : affection oculaire			
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 : M. Boudjelal - 17/05/2022			
Signature de l'adhérent(e) : Le : / /			

<input checked="" type="checkbox"/> MUPRAS	
ACCUEIL	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient des Honoraires	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/09/82	CS	1	100,00	INP : 094475682
DR. ZAFAR ABDERAHMANE 52, AV. DE LA 52, 1005 ALGER				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....		
.....		
.....		
.....		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTICIEN OPTOMETRISTE Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca	10/09/82	1	1	0	0	1709,00

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

INP : 

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

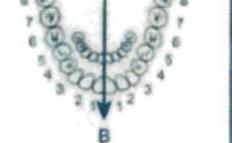
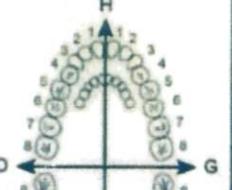
25533412 21433552
00000000 00000000
 00000000 00000000
35533411 11433553

G

B

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Merieme ZRYOUIL

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

اختصاصية أمراض و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (جلاة) بالليزر

سكري العين - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le :09.septembre.2022..... في :

Mr. ELIHABI Mohamed Amine

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Amincis

OD = Plan (- 0.25 à 135°)

OG = Plan (- 0.50 à 165°)



Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. el Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com

AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عن الشق، شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 00177430000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0008692

Docteur : Drissé 2 Ryail
Mr. : Elharrbi Dohamed Amine

Nomenclature :

Montures :

VL

VP

Type de verres :

Optique

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 135 Cyl : 0,25 Sph : 550,-

OG : Axe : 165 Cyl : 0,50 Sph : 550,-

* VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph :

OG : Axe : Cyl : Sph :

Add : =

= 1700,-

Total : M. Dp. Sph. Cet. WY

Date : 10.09.88

