

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-625215

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 8369

Matricule : 8369 Société : 134329

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TORJMAN Abdelou

Date de naissance : 27/10/1966

Adresse :

Tél. : 0661476650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
Email: berrada.hamid@gmail.com

Date de consultation : 24 SEP. 2022

Nom et prénom du malade : TORJMAN ICHAM

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

AFECTION OPHTALMOLOGIQUE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous "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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
14 SEP 2022	Consulte	1	2000	INP : 091032173

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
Rég. Méd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél : 99 40 48 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
		1432		nombre		2209,00
				2ulmei		300,00
				TOTAL		5209,00

Opticiens Optométristes
Résidence Al Mawla 4
Rég. Méd. Abdelmoumen & Bd. Arcaï
Tél : 99 40 48 / 0522 98 24 53

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	INP : 091032173												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(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'EXECUTION

Docteur Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد برادة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le 24 SEP 2022

TOUJMAN ilham

lunettes

OD - (40, - 0,25) - 2,50

OG - (160, - 0,75) - 4,00

par ODG : add + 3

verres progressifs amincis

online flets

Opticiens Optométristes
Résidence Al
Angle Bd. Abdelmoumen
Casablanca - Tél: 05 22 99 40 41

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
104 Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: merrada.hamid@gmail.com

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, مكرر شارع عبد المومن البيضاء
Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca
Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 : الهاتف - E-mail : berrada.hamid@gmail.com

OPTIPRI

Votre Vision, notre passion

Nom : Tarjman
Prénom : Ilham
Mutuelle : MUP & AS

Facture N° 5355

	VL	VP	CODE
Monture	<u>2200,00</u>		
Verre O D	<u>1500,00</u>		VL <u>432</u> VP
Verre O G	<u>1500,00</u>		VL <u>432</u> VP
Divers			
TOTAL	<u>5200,00</u>		
<u>Cinq mille deux cents dh</u>			

Mode de Paiement :

Chèque
N°

Espèce

INP 095002143

Fait à Casablanca

ICE 001525105000023

Le 07/10/2022

Cachet et Signature

001-2,50 / 2,25, 4,50
01-4,00 / 2,25, 1,60
4001-4300

OPTIPRI
Opticiens Optométristes
Résidence Al Mawlid
Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual
Casablanca - Tél : 0522 98 24 68

2, Résidence Al Mawlid - Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual
Tél.: 0522 98 24 68 - Fax : 0522 98 29 87

R.C. N° : 91885 - Patente N° : 34715597 - Ident.Fiscal N° : 1086454