

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W21-772856

141558

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>18971</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
		<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Nom & Prénom : <u>TOUINSI AYoub</u>			
Date de naissance : <u>16/12/1985</u>			
Adresse : <u>Rue 183 N83 Groupe I suffa, CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>(+212) 663 515857</u>	Total des frais engagés : <u>5.100,00</u>	Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
DR. ZIDI Mohamed 26 Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés Oasis Casablanca Tél. 05 22 23 49 89 LG / Fax 05 22 23 49 87			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>01/12/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>TOUINSI AYoub</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <u>Vice de Refaction</u>			
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 : <u>CASABLANCA</u> Le : <u>20/12/2022</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			

[Redacted area with blue ink markings]

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
01/09/2022	C + C ₂		3.000 Dhs	INP : 013944-1751b LIDI MOHAMED NOURDOUNI 28 ANGLO-FRANCAISES RUE DES PAPILLONS 94233 PARIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

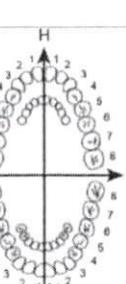
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
PTICAL GALERIE HAY HASANI C. HAY HASANI - HAY HASANI CASABLANCA Tél. : 05 22 91 33 44	15/11/2008	maintene + 2 venes				14.800,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNOC •

01 décembre 2022

Mr. TOUINSSI Ayoub

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = -1 (-1.50 à 170)

OG = -2 (-2.25 à 15)

EIP: 63.5 mm

OPTICAL GALERIE
HAY HASSANI
c.c. Marjane - Hay Hassani
CASABLANCA
Tél. : 05 22 91 33 44

DR. ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés PR : El Oued Casablanca
Tel.: 05 22 23 49 89 LG/Fax: 05 22 23 49 87
E-mail: cliniquenour01@gmail.com
INPE 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67
cliniquenour01@gmail.com • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • الهاتف : 05 22 23 49 87 • زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • وكالة مجمع 2 مارس • التعريف البنكي : 002209107000090: 8282733 • ص.م.ش : 40143077 • رقم التسجيل : 34751148

OPTICAL GALERIE
HAY HASSANI
c.c. Marjane - Hay Hassani
CASABLANCA
Tél. : 05 22 91 33 44



INPE 090060914

ALAIN AFFLELOU

**OPTICAL GALERIE
HAY HASSANI**

Le: 15/12/2022

FACTURE NUM 10162

MR TOUINSSI AYOUB

Quantité	Désignations	Prix Unitaire	Prix Global
1	Monture optique	1800.00	1800.00
2	Verres correcteurs organiques antireflets OD : -1 (-1.50 à 170°) OG : -2 (-2.25 à 15°)	1500.00	3000.00
			4800.00

Modalité de paiement : espèce

Quatre mille huit cents dirhams



095002382

**OPTICAL GALERIE
HAY HASSANI**
c.c. Marjane - Hay Hassani
CASABLANCA
Tél. : 05 22 91 33 44

Siège Social : Centre Commercial Marjane Hay Hassani - Casablanca
R.C : 181571 – Taxe Professionnelle : 37988710 – I.F : 40169259
C.N.S.S : 7786778 – ICE : 000102167000074
Tel/Fax: 212 522 913 344 - GSM: 0662 523 694 - e-mail: opticalhayhassani@gmail.com