

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0056565

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2200 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DAFA L Moulay HACHEM
Date de naissance :
Adresse :
Tél. 0664 069671 Total des frais engagés : 147575 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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

- 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.

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° P19-0041303

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2200 Société : OTRITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DA FALIMOU LAY HACHEM

Date de naissance : 13/01/1951

Adresse : 11, 1951

Tél. : 0664069671 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : DA FALIMOU LAY HACHEM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vice de réfraction

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-041303

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
02/01/23		5	200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-01-23	135.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
	14-01-2023					4000.00

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D		G																
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[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"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NACHAT Bouchaib

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Août Casablanca

- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



دكتور بوشعيب نشاط

اخصائي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر
- المستعجلات

ORDONNANCE

Casablanca
DAFALI Mly Hachem

PPC: 135.00

LOT E 02 22



135.00 - **EOLE DUAL COLLYRE**

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

صيدلية الاتحاد البيضاء
PHARMACIE DE L'UNION CASA
SARL AU
A. LARAKI
Lot Amal - Angle Bd. EL Fida
El Abdellah Senhaji - Casablanca
Tél : 05 22 28 86 77
ICE : 601822899000076

Dr. NACHAT Bouchaib
Ophtalmologiste
Résidence Fatma - Imm 12 N° 2
Hay Mly Hachem - Al Qods
Aïm Chock - Casablanca
Tél: 05 22 21 25 15 - GSM: 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء

B.d ALQODS RESIDENCE AL FATH 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbain 30) Aïm Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com

Dr. NACHAT Bouchaib

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Août Casablanca

- Membre de la société française d'ophtalmologie
- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques



الدكتور بوشعيب نشاط

اخصائي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

• عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر
- المستعجلات

02/01/2023

ORDONNANCE

DAFALI Mly Hachem

Casablanca le :

PAIRE DE LUNETTE + MONTURE

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : +1,25 (-1,50) à 74° , Addition + 2,75

Oeil Gauche : +0,75 (-0,50) à 98° , Addition + 2,75

Nitida Optic s.a.r.l
Riad Al Oulfa Groupe 6 Imm. E8
Magasin n° 204 - Casablanca
Cem : 05.40.14.93.69

Dr. Bouchaib NACHAT
Ophtalmologiste
Résidence Fath 1 Imm. 12 N° 2
Hay Mly Abdelah 06 - Al Qods
Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 21 25 15 - GSM : 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء

B.d ALQODS RESIDENCE AL FATH 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbain 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com

NITIDA OPTIC

Maati bahloul

Riad oulfaGh 6 Mag 204-Casablanca-

FACTURE N° : 300033/2022

Casablanca, le : 14/01/2023

Mr/Mme/Mlle

Dafale Mly Hachen

N° de Nomenclature :

Docteur :

Nachat Boucharb

Monture :	Optique	1500,00
Verres VL :	prog, avg	
OD : +1,25	(-1,50 à 74°)	1250,00
OG : +0,75	(-0,50 à 88°)	1250,00
Add : +2,75		
Verres VP :		
OD :		
OG :		
TOTAL :		4000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :en espèce

Quatre Mille

Dirhams.....