

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- N° 003401

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9215 Société : RAN 150018

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHIM ZITOUNI

Date de naissance : 01/01/49

Adresse : DYAR DAKHAMA BOUSKOURA

Tél. : 0637944270 Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2023

Nom et prénom du malade : RAHIM ZITOUNI Age : 72ans

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

Nature de la maladie : m6 kome

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 : BOUSKOURA Le : 10/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

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 Rendement des Actes
02/02/23	CS		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1-1-2/23	3300

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

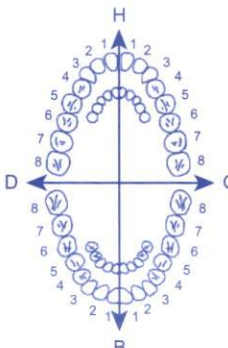
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

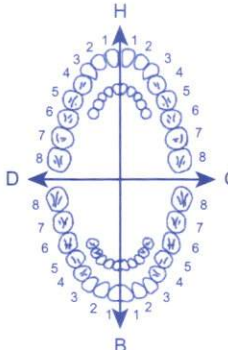
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div>H</div> <div>2553341221433552</div> <div>0000000000000000</div> <div>D0000000000000000G</div> <div>3553341111433553</div> <div>B</div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				
					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

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

عيادة طبي وجراحة العيون

Dr Mounia BOUKARI
Spécialiste en Ophtalmologie



الدكتورة مونية بوكري
اختصاصية في طب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Bouskoura le : 02/08/2023 بوسكورة في :

Ratim Zitouni

Lunettes de correction optique :

VL : OD : + 1,00
(-0,50 à 15°)
OG : + 1,25
(-1,25 à 30°)

VP : ADD

+ 2,45 OD4

vers myopie

جراحة الجلالة
تصحيح البصر لاليزر
أمراض الشبكية
أمراض العيون عند الأطفال
تقويم الحول
مسالك الدموع
داء الزرق

Chirurgie de Cataracte
(Phaco-emulsification)
Chirurgie réfractive
Maladies Rétiniennes
(Angiographie-OCT_Laser)
Ophtalmologie Pédiatrique
Strabologie
Chirurgie de voies
lacrymales
Glaucome

إقامة الزهراء عمارة 8
الطابق الأول رقم 5 بوسكورة
الدار البيضاء
(قرب محطة القطار)

Résidence EZZAHRA IMM 08
1er Etage N°5 BOUSKOURA
CASABLANCA
(Près de la gare BOUSKOURA)

✉ cabinetmouniaboukari@gmail.com
☎ 05 22 59 28 36
☎ 06 39 07 62 74

DR MOUNIA BOUKARI
Spécialiste en Ophtalmologie
Résidence Ezzahra Imm 8
1er étage N°5 Bouskoura : Casa
Tel: 05.22.59.28.36

404, Av. Abdellah Senhaji
Idrissia 1 - Casablanca
Tél : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36

KADER OPTIQUE

FACTURE

N° 4347

patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C : 20 47 88

IF : 02520198
ICE : 00182301700027
INP : 095004081

Casablanca, le 10/02/2023
M. RACHID ZITOUNI

O.D. = 115 - 050 + 100 ADD. = 245
O.G. = 90 - 125 + 125 ADD. = 245

Ordonnance du docteur BOUKARI

NRS de nomenclature
correspondants à
la prescription

Loin { O.D. = /
O.G. = /

Prés { O.D. = -
O.G. = /

D.F. { O.D. = 5m
O.G. = 5m

Fourniture :

1 Montures :

2 Verres :

800,00	800,00
1200,00	1200,00
	3300,00

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois mille trois cents euros

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404, Av. Abdellah Senhaji - Idrissia 1
Tél : 05 22 28 70 73 - Fax : 05 22 80 18 36 - Casablanca