

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 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-780347

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11990

Société :

159713

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AMINE NAJOUA

Date de naissance :

27-02-1980

Adresse :

lot JANIA N° 06 Mohamédia

Tél. :

0661132143

Total des frais engagés :

3750 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AMINE NAJOUA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affect. en ALD

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) :

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
	3		250.12	INP: 09/1180753

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

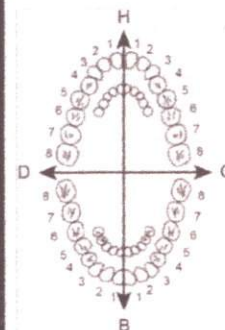
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

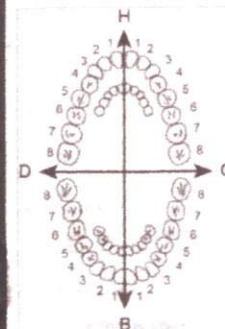
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24.03.2023					3500.12

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr HASNAE SKIKER

Maladies et Chirurgie des Yeux (Adulte, Enfant)
Ancien Interne au Centre Hospitalier
Universitaire de Rabat



تورة حسناء سكيكر

وجراحة العيون (كبار، أطفال)
داخلية سابقة
الإستشفائي الجامعي بالرباط

Diplôme d'Adaptation Lentille de Contact
(Université Versailles Paris)
Diplôme de Chirurgie Refractive et cataracte
(CHU Casablanca)
Diplôme de Pathologie chirurgicale de la Rétine
(Université Lorraine Nancy)
Refractive surgery Masterclass
(UK London)

03 février 2023

Mohammedia, le في المحمدية

Mme AMINE Najoua

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, AntILED

Vision de loin :

OD = - 0.50 (- 0.25 à 75°)

OG = Plan (- 0.25 à 80°)

OPTICAL AUDIT
Opticien Optométriste
Parc Plac. d'Angle Youssef El M
e' Youssef Ben Yachme, 111-112
Tel: 05.23.30.4

ZERODUE

une goutte 3/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Dr. S. ... Epoque Epoque Dr. EL HAJAJI
OPHTHMOLOGISTE
Prof. ... Manane Serghini
Immeuble ... Morgane - Mohammedia
Tel : 05 23 32 50 70

☎: 06 76 93 59 07 ☎: 05 23 32 59 70 - ✉: cabinetophthalmologiedrskiker@gmail.com

الطابق السفلي، عمارة بوركان شارع عبد الرحمان السرفيني قرب صيدلية المسبح - المحمدية

OPTICAL AUDITION

Client: Mme AMINE NAJOUA

N° Facture: FAN78812303240508

Date: 24/03/2023

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	1800
VERRE OD ORG AR: -0.50(-0.25 à 75°)	1	850.00
VERRE OG ORG AR: PLAN(-0.25 à 80°)	1	850.00
HT		2916.67
TVA 20.00%		583.33
TTC		3500.00

OPTICAL AUDITION
Opticien Optométriste
Pr. Plaza I, Angle Yaacoub El Mansour
Youssef Ben Tachfine N°1-Mohammedia
Tel: 05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS