

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° P19-0026311

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3170 Société : 168984
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RARHIB EL PARTI
 Date de naissance : 01/01/1937
 Adresse : Bloc 48 Boul: Nil N° 1 Sidi Othmane Casa
 Tél. : 0619604615 Total des frais engagés : 2750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Fouad BOUGHNAMA
OPHTALMOLOGISTE
 Bd. Ennil Bloc 29 N°33
 Sidi Othman - Casablanca
 Tél.: 0522 57 17 17 - 0522 56 17 17
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19 AVR 2023
 Nom et prénom du malade : YASSINE NAJMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AMETROPIE
 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
10 AVR 2021	E2		250 dh	Docteur Fouad BOUGHNAMA OPHTALMOLOGISTE Bd. Enni Bloc 29 N°33 Sidi Othman - Casablanca Tél: 0522 57 87 17 - 0522 56 17 17

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE TRIOMPHE Bd Enni Bloc 29 N°34 S. Othman Tél: 05 22 55 78 82 - Casa	12/04/23					250,-

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

نظارات النصر

OPTIQUE TRIOMPHE

Opticien

Bd Ennil Bloc 29 N°34
Sidi Othmane Casablanca

Tél: 05 22 55 78 83
ICE: 001771540000090
R.C: 411520 - 411522
PATENTE: 37203574
IF: 49438055
CNSS:

Facture : N° 109074

Le : 19/4/23.

M : Yassine NDIHA.

Ordonnance de Mr. Docteur Foudou Ben Sidi Othman

N° de nomenclature correspondants a la prescription	Loin O.D. = O.G. =	Prés O.D. = O.G. =	D.F. O.D. = O.G. =
---	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Fourniture :

Monture : 7000,-

Verres : 185 - 0.81 + 0.03

O.D. : 185 - 0.81 + 0.03

O.G. : 185 - 0.81 + 0.03

ADD : +2.00

Prés

Monture :

Verres :

O.D. :

O.G. :

ADD :

Prés

Monture :

Verres :

O.D. :

O.G. :

ADD :

Prés

Monture :

Verres :

O.D. :

O.G. :

Total

850,-

La Présente Facture à la Somme DH.

Le 19/4/23

نظارات النصر
OPTIQUE TRIOMPHE
Bd Ennil Bloc 29 N°34
S. Othman
Tél: 05 22 55 78 83

Docteur Fouad BOUGHNAMA

OPHTALMOLOGISTE

Maladies & Chirurgie des yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris



الدكتور فؤاد بوغنامة

إختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

خريج كلية الطب
بباريس

Casablanca, le 19/04/2023 البيضاء في

Madame YASSINE Naima

LUNETTES + MONTURE :
PROGRESSIFS/ ANTI-REFLET

Oeil Droit : $(95^{\circ} - 0,75) + 1,50$, Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(85^{\circ} - 0,50) + 0,75$, Addition + 2,50

نظارات التصير
OPTIC TRIOMPHE
Bd. Ennil Bloc 29 N° 34
S. Othman
Tél : 05 22 55 78 83 - Casa

Docteur Fouad BOUGHNAMA
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Ennil Bloc 29 N°33
Sidi Othman - Casablanca
Tél.: 05 22 57 17 17 - 0522 56 17 17