

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 canalaire, 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 canalaire.

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
N° M20- 0000512

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2335 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KAISSE mohamed 172628
 Date de naissance : 1er 07 1951
 Adresse : habituelle
 Tél : 06 41 93 98 74 Total des frais engagés : 3429,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/08/2023
 Nom et prénom du malade : KAISSE TAHA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ophtalmologique
 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 : CASABLANCA Le : 22 / 08 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

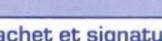
[illegible]

22-08-2023	C6		250,00 DH
------------	----	--	-----------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/8/23	170 ₮

2008/23	170, £
---------	--------

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/2/23	-	-	-	-	30000

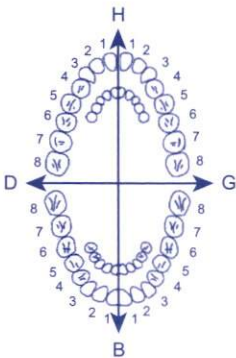
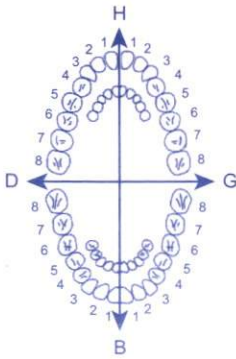
	26/8/23	-	-	-	-	300000
---	---------	---	---	---	---	--------

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.

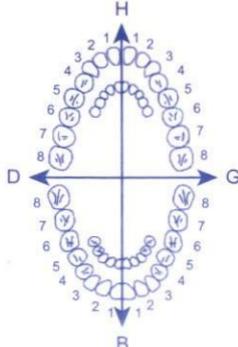
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	B													
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>													
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>													
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>													

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr .SOUKAINA FATI

OPHTALMOLOGISTE

Certificat Médical Pour Permis de Conduire

- Lauéate de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien interne du CHU IBN ROCHD de Casablanca
- Diplôme en « Surface Oculaire » Université de Brest , France
- Diplôme « Contactologie » de la Faculté de médecine de rabat



د.سكينة فاتري

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة معتمدة لرخصة السياقة

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
- دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا
- دبلوم في العدسات اللاصقة بالرباط

Casablanca Le : 22 août 2023 في الدار البيضاء

Mr KAISSE Taha



6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
ANM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS 407253 MA

OPATANOL: collyre cl

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 mois

VITADROP: collyre cl

1 goutte 4 fois/jour, dans les deux yeux

RIMAPHARMA
PVC : 89,00 DH

Dr.soukaina@gmail.com- Tél : 05 22 70 03 02 / 06 65 08 02 22

13 شارع الصقيد إدريس الدارثي إقامة الحياتي الطابق الأول الرقم 33 - الدار البيضاء

13 Avenue Commandant Driss El Harti Résidence Elhayani 1 er étage N°33 Casablanca



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N°:

N° 118930

Casablanca, le:

26/8/23

Mme / Mr:

KAISSEJAMA

Dr:

SONKAINA FATI

VL

OD :

-0,50 (-1,75 à 175)

OG :

-0,50 (-1,75 à 180)

Monture

Optique

1000,00

DH

VP-Add

OD :

OG :

Verres

ORMA AR 1.6

2000,00

DH

Total à payer:

3000,00

DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DHS

M.A.D. Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Bourgo
Casablanca
Tél: 05 22 29 55 36
N° 118930

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgo - Casablanca - Tél.: 05 22 29 55 36

Capital 100.000 - Patente: 3502703 - IF: 47232711 - RC: 6123

ICE: 002642590000069

Dr .SOUKAINA FATI

OPHTALMOLOGISTE

Certificat Médical Pour Permis de Conduire

- Lauréate de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien Interne du CHU IBN ROCHD de Casablanca
- Diplôme en « Surface Oculaire » Université de Brest , France
- Diplôme « Contactologie » de la Faculté de médecine de rabat



د.سكينة فاتري

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة معتمدة لرخصة السياقة

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
- دبلوم في أمراض سطح العين بمرست فرنسا
- دبلوم في العدسات اللاصقة بالرباط

Casablanca Le : 22 août 2023 الدار البيضاء في

Mr KAISSE Taha

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 0.50 (- 1.75 à 175°)

OG = - 0.50 (- 1.75 à 180°)

M-A-P Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Mohammed VI - Casa
Tél: 06 50 33 26 72

SOUKAINA
FATI
OPHTALMOLOGISTE
Permis de Conduire
Commandant Driss El Harti
33 - Casablanca
Tél: 06 50 33 26 72

Dr.soukaina@gmail.com- Tél : 05 22 70 03 02 / 06 65 08 02 22

13 شارع الصقيد إدريس الدارثي إقامه الحياتي الطابق الأول الرقم 33 - الدار البيضاء

13 Avenue Commandant Driss El Harti Résidence Elhayani 1 er étage N°33 Casablanca