

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

M23-005108

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7343 Société : Ram
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAMER MOHAMED
 Date de naissance : 21/02/1967
 Adresse : HAY SNARA 1ème 15 N° 21
 Tél. : 0668194344 Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/2023
 Nom et prénom du malade : DAMER Med Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie de rééducation
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 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 : 23/08/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
18/07/2023		4	200 000	

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	
K-ONE OPTIC AYAD ELKHAOULA Opticienne Optométriste 102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah Ain Chock Casa -	18/07/2023					3300,00

AYAD ELKHAOULA
Opticienne
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



INPE:095023958

ICE: 002270067000066

Facture N° **07315**
K-ONO OPTIC
AYAD EL KHACULA
Opticienne Optométriste
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock Casa -

Date: 18/07/2023

Docteur: **NACHEAT BOUCHAIB**Mr (e): **D. AMER**

1. Monture: optique	1000,00
2. Verres: progres. progressive anti-refl	2300,00
Vision de Loin:	
OD: +1,25 (-0,25 S 80)	
OG: +1,50 (-0,25 C 99)	
Vision de Prés:	
OD:	
OG:	
ADD: 0,00 + 2,25	

K-ONO OPTIC
AYAD EL KHACULA
Opticienne Optométriste
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock Casa

AYAD ELKHAOULA
Opticienne
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 29 95 92 95

Arrêtée la présente Facture à la somme de: **3300,00****Trois mille trois cent dix****(payé en espèces)**

RC:436474 / IF:31900763/ TP:34000981/ ICE : 002270067000066 /

INPE:095023958

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

ORDONNANCE

Casablanca 18/07/2023

DAMER Med

PAIRE DE LUNETTE + MONTURE

PROGRESSIFS A R

Oeil Droit : +1,25 (-0,25) à 87° , Addition + 2,25

Oeil Gauche : +1,50 (-0,25) à 99° , Addition + 2,25

K-ONO OPTIC
AYAD EL KHACULA
Opticienne Optométriste
102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah
Ain Chock Casa -

Dr. Bouchaib NACHAT
Ophtalmologiste
Résidence Fath 1, Imm 12 N° 2
Hay Mly. Abdellah (Bd. Al Oud)
Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 21 25 15 - C.A.M.: 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) Aïn Chock Casa

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

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com