

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 ayant 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

- 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.

N° W21-806335

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11590			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ADIL AMAL			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	

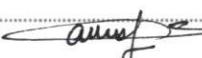
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		
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'at		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

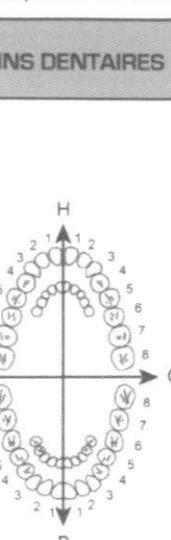
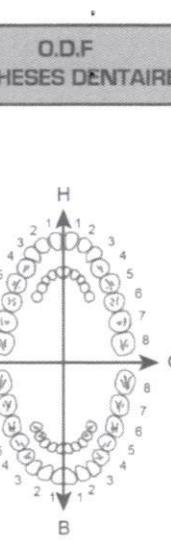
Fait à : **La SA**

Le : **30/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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
30/08/23	cs	1	250	INP : 094475422

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>Hay Inara</i>	10/08/23	85,10	
<i>Hay Inara</i>	10/08/23	34,00	130,00

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d' SOINS DENTAIRES																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	11433553	35533411			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																

		B	00000000	11433553																
35533411																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX																				

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

اختصاصية أمراض
و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموي

رخصة السياقة

10 août 2023

Le : في :

Enf. NOUQATI Nour

PANSEMENT ORTHOPTIQUE



occlusion de l'oeil droit 3h / j pdt 2 mois

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. El Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. El Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



اختصاصية أمراض
و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (جلاة) بالليزر

سكنى العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة والليزر

جراحة مسالك الدموي

رخصة السياقة

10 août 2023
Le : في :

Enf. NOUQATI Nour



85,10

OTAD DS

une goutte / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

130,00

Hyfresh

1 goutte x 3/5 /ODG / 1 mois

HyFresh

Lot: 71-6034
Fab: 02 22
Exp: 02 25
PPC: 130 DH 00

Dr. ZRYOUIL Merieme
52, Bd. El Khalil - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

Dr. ZRYOUIL Merieme
52, Bd. El Khalil - Hay Al
Khalil - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42



Signature

Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods
Imm - Mag n°5 - Aïn Chok
Casablanca - Tél. : 022 52 59 88

N° Identification : 02202896

Patente : 34062115

R.C. : 127047

IC 000037335000076

Nom et Prénom : NOUQATI NOUR

Date : 19/18/90/83

Vision de Loin	Vision de Près
OD : Sph <u>+0,50</u> Cyl _____	OD : Sph _____ Cyl _____
OG : Sph <u>+0,75</u> Cyl <u>-0,25/-0,85</u>	OG : Sph _____ Cyl _____

Double Foyer

OD : Sph _____ Cyl : _____ ADD : _____

OG : Sph _____ Cyl : _____ ADD : _____

Quantité	Désignation	Prix
	Monture: <u>optique</u>	<u>800 DH</u>
	Verre : <u>verres minces anti-reflets</u> <u>anti-craquelure</u>	<u>1500 DH</u>

Montant en lettres : Deux mille
trois cents dirhams

Total 2300 DH

NOTR'OPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
El Kods
Imm. Al Maghrib - Aïn Chok - CASA
Tél. 0522 52 59 88

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

اختصاصية أمراض
و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموي

رخصة السياقة

10 août 2023

Le : في :

Enf. NOUQATI Nour

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Amincis

OD = + 0.50

OG = + 0.75 (- 0.25 à 85°)

NOUQATI OPTIC
Angle Bd. 2 Mai et Bd.
El Koda - Hay Chock N°5
Imm. Al Majai - Ain Chock - CASA
Tél: 05 22 52 59 88

Dr. ZRYOUIL Merieme
52, Bd. El Khalil - Hay M
52, Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42