

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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° W21-809225

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 0007248 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AMINA

Nom & Prénom : SOUKTANI

Date de naissance : 06/03/2006

Adresse :

Tél. : 066121615 Total des frais engagés : 1950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.08.2023

Nom et prénom du malade : SOUKTANI Amina Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

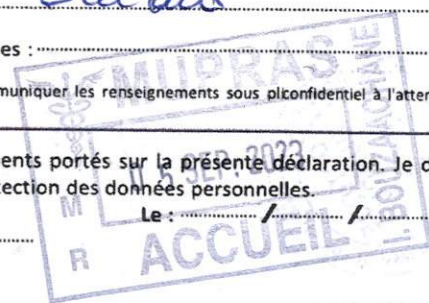
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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
16			250 M	INP : 1061011615 Dr. Said EL HASSAR Ophtalmologiste N° 1444 (En face Centre Commercial Nasrallah - Berrechid (En face Centre Commercial Carrefour)) Tél: 06 22 32 43 44
28				
2023				

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/08/23					1700,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

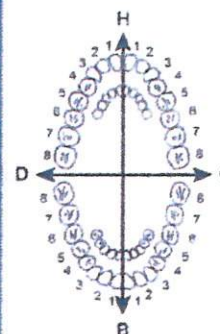
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

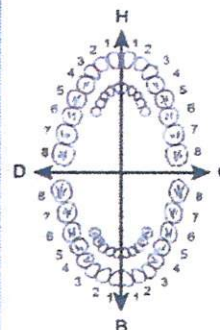
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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. Said EL HASSAR

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact

Chirurgie de la Myopie

Membre Titulaire de la Société

Française d'Ophtalmologie



الدكتور سعيد الحصار

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

جلالة - الزراق - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة...

جراحة عيوب البصر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون

Agrée Par le Ministère de la Santé Permis de Conduire

ORDONNANCE

Berechid le : 16/08/2023 برشيد في :

SOUKTANI Amina

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (10° -0,50) -1,75

Oeil Gauche : (170° -1,75) -1,50



Leoptita cell
regille x 2

Dr. Said EL HASSAR
Ophtalmologiste
Bd Mohamed V Imm 341 étage 4
N° 41 (Imm Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah
Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour)
Tel : 05 22 32 43 44

شارع محمد الخامس العمارة 341 الطابق 4 رقم 41 (إقامة بالمصعد) تجزئة نصرالله

برشيد (قرب المركز التجاري كارفور) - الهاتف : 05 22 32 43 44

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4 N° 41 (Imm Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah

Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour) - Tél : 05 22 32 43 44

CLIENT: AMINA SOUKTANI

Numéro: 554210

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:			
MONTURE	OPTIQUE MOSCOT	1	700.00
VD	UNIFOCAL FSV ORG 1.6 UV+420 CUT BLUE	1	500.00
VG	UNIFOCAL FSV ORG 1.6 UV+420 CUT BLUE	1	500.00
PRES:			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. SAID EL HASSAR			
LOIN : OD: -1.75(-0.50,10°) OG: -1.50(-1.75,170°)			
PRES OD: OG:			
ADD : OD: OG:			
Total TTC:			1 700.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			340.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE SEPT CENT DIRHAMS .TTC.

