

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

- Reclamation : 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

M22- 0040273 174023

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8141 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MABROUK TAOUFIQ
Date de naissance : 14-09-1970
Adresse :
Tél. : 0600577243 Total des frais engagés : 2800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30.08.2023
Nom et prénom du malade : EL MABROUK Hamza Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Asthénie
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : BEKKE OUID Le : 01/09/2023
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
30/08/23	C		300 DA	

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

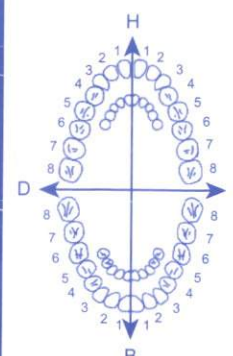
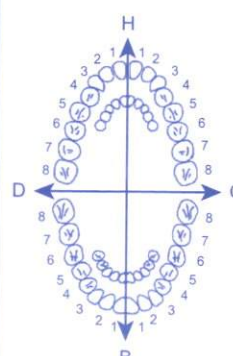
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
K-ONC OPTIC AYAD EL KHAOULA Opticienne Optométriste 102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah Ain Chock Casablanca	31/08/23					2500 DA

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



INPE:095023958

ICE: 002270067000066

Facture N°

K-ONO OPTIC

AYAD EL KHACULA

Opticienne Optométriste

102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah

Ain Chock Casa -

Docteur: NACER TAZI

Mr (e): HAMZA EL MABROUK

1. Monture: <i>aplique</i>	1200,00	
2. Verres: <i>organique antireflets</i>	1300,00	
Vision de Loin:		
OD: <i>(17 - 0,25) - 0,50</i>		
OG: <i>(153 - 0,75) - 0,50</i>		
Vision de Prés:		
OD:		
OG:		
ADD:		

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: 2500,00

Dans mille cinq cent dix-huit
(peu en exposé)

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

INPE:095023958

Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

**Chirurgie de Cataracte
Chirurgie Refractive de
la Myopie pa laser
Keratocône**

Diplôme de Chirurgie de la
Cataracte et de la Myopie
(Besançon)

**جراحة المياه البيضاء
تصحيح النظر بالليزر
القرنية المخروطية
دبلوم جامعي في
جراحة المياه البيضاء
وقصر النظر (بيزانسون)**

Casablanca, le mercredi 30 août 2023

Monsieur Hamza EL MABROUK

Verres antireflet et monture :

De loin

Œil droit : (17° -0.25) -0.50

Œil gauche : (153° -0.75) -0.50

K-ONO OPTIC
AYAD EL MAOULA
Opticienne Optométriste
102 Bis Rue 50 May Mly. Abdellah
in Chock Casa

**DR NACER TAZI
OPHTALMOLOGISTE
96 Bd d'Anfa N° 31
Casablanca**

96, Bd d'Anfa N°31 Casablanca - Tél : 05.22.22.22.18