

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

- 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° W21-809439

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3015	Société :	RAM 1745.02
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AMARA ELYABOUI
Nom & Prénom :		28/05/1957	
Date de naissance :		121 Lot Sapeurs Pompiers MASSNA TOMEKA	
Adresse :		Tél. : 0662138329 Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 Dr LAARIFI RISMA OPITALA VILLE DE ACCEUIL Av. Hassan II, Témara (au dessus de Aljazairwatabar)		
Date de consultation :	06 JUL 2023	Nom et prénom du malade :	AMARA ELYABOUI Age: 67ans
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Amétropic f Presbytie			
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 : TEMARA Le : 06/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-809439
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	_____
Nom de l'adhérent(e) :	_____
Total des frais engagés :	_____
Date de dépôt :	_____

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
08 JUL 2013	CS		250	INP : <input type="text"/> 

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
optique la Rue 10 N° 114 ENITRA Tel. 153	15.12.2003					4500.-

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	G			
	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

OPTIQUE LA JEUNESSE

Client : MR AMARA ELYABOURI		N° : 0299ASS/R/2023		
		Date : 15/07/2023		
Réf . Article	Désignations	Qte	Montant TTC	TOTAL TTC
OD	+ 0,25(0,50 165°)	1	1500,00	1500,00
OG	+ 0,50 ADD +2,50 Progressif organique 1,6 HMC	1	1500,00	1500,00
	xlight	1	1200,00	1200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille deux cent dirhams

Total Quantité	2	
Total H.T.	T.V.A 20%	Total T.T.C.
3 500,00	700,00	4 200,00

Optique LA JEUNESSE
Rue 10 N° 17 Hay Med V
KENITRA Tel. 0537 36 65 25



Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Diplômée en « Surface Oculaire » à l'Université de Bretagne Occidentale - France

دبلوم في أمراض سطح العين (الحساسية، جفاف العين، أمراض الفراغية) بجامعة بريتاني الغربية - فرنسا

Diplômée en « Glaucomes » à l'Université de Paris VII- France

دبلوم في داء الزرق (ضغط العين) بجامعة باريس 7 - فرنسا

Diplômée en « Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires » à l'Université de Paris XII- France

دبلوم في تصوير وعلاج أمراض البكارة بجامعة باريس 12 - فرنسا

Diplômée en « Neuro-Ophthalmologie » à Sorbonne Université-France

دبلوم في طب العيون العصبي بجامعة السوربون - فرنسا

06 JUL. 2023

AMARA ELYA BOURI

Monture + Verre de correction progressif

1) VL :

00r : +0,25 (-0,50 à 165°)

OG : +0,50

2) VL :

00r : Addition +2,50

OG : Addition +2,50

~~Optique LA JEUNESSE
 Rue 10 N° 12 Hay Med V
 TÉNITRA Tel: 3357 36 65 25~~

*DR. LAARIBI NISRINE
 OPTICAL AND OPHTHALMOLOGY
 2, Impasse Hassan II, Témara, Casablanca, Maroc*

الطابق الاول - العمارة 3 - اقامة بروفنسال(بمركز تمارة) ، شارع الحسن الثاني تمارة (فوق وكالة التجاري وفا بنك)

1er étage, Immeuble 3, Résidence Provençal, Témara centre, Avenue Hassan II, Témara (au dessus de Atijari Wafabank)



0808 55 44 57 - 06 209 209 47



nisrine.laaribi@gmail.com