

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.

M23-0028903

Optique

Autres

174685

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1039

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDOUNE Allal

Date de naissance :

ABDOUNE

Adresse :

0661885674

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SBAIE Kechane Age: 71 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

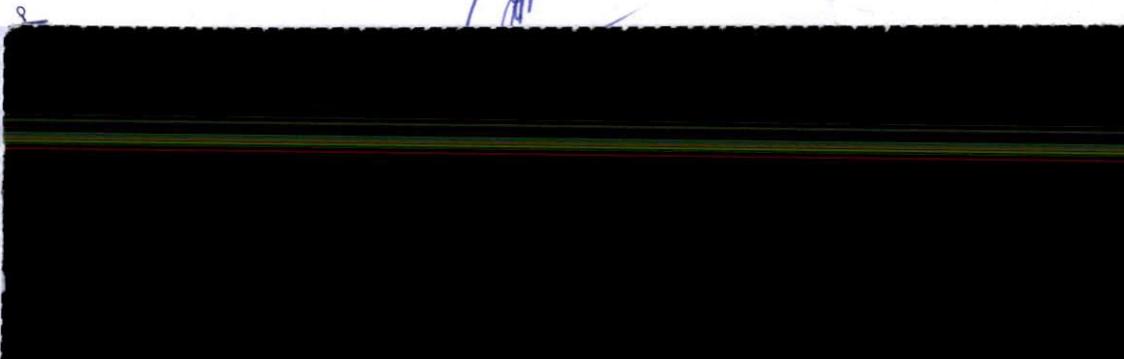


Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS	
H 25533412 21433552 00000000 00000000			
D 00000000 00000000 35533411 11433553			
B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INSTRUCTIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conseils 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W19-576805

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1439 Société : Retraité RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Ahmed

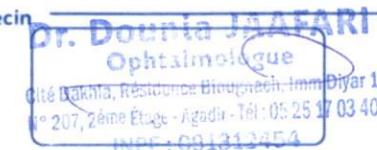
Nom & Prénom : HARBOUZE Ahmed

Date de naissance : 16/12/1952

Adresse : 24 Route oued Ziaze App 14 Casablanca

Tél. : 0661885624 Total des frais engagés : 3157,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 07/08/2023

Nom et prénom du malade : SBATE Retourne

Age : 71 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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'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 : Agadir

Le : 07/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-576805

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 : 1439
Nom de l'adhérent(e) : HARBOUZE Ahmed
Total des frais engagés : 3157,00
Date de dépôt : 11/09/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
07.10.2023	C/S	+1	Gratuite	INP : 109134184574 Dr. Dounia JAFARI Ophtalmologue Cité Dakha, Résidence Bougach, Immeuble Diyar 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.08.23	157,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
CHIC OPTIC Optométriste - Contactologue Mr. Mohamed El Lassoufi Salam jet.Salam@optic.ma tel: 05 20 23 99 10	24/08/2023					3000.00	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

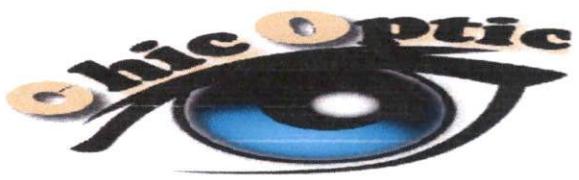
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ANSWER

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



001101/2023

CLIENT : Mme SBATE Kelouma

Date :24/08/2023

Designation		Montant
verre	OD: +4,50 (-1,50 82)	1300
	OG: +4,50 (-1,00 111)	1300
	add 2,75	
Type de Verres	monture + verre organic progrissif an 1,6	2600
Monture	Monture plastic	400
La Presente Facture Est arrete à la TROIS MILLE DIRHAMS		Total H.T
		2500,00
		T.V.A
		500,00
		Total T.T.C
		3000,00

INPE : 045010501



Av Mohamed Elfassi N° 51 Cité Essalam Jet Sakan - Agadir - Tél : 05 28 23 99 19 / GSM : 06 73 84 91 27
I.F : 20713000 - ICE : 001845715000027 - Tax Professionnelle : 67501467 - R.C : 67126

CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE

Dr. Dounia JAAFARI

Diplômée des facultés de Médecine de Marrakech et de Versailles "France"



لـدكتورة دونيا جعفرى

خصائصية في طب وجراحة العيون
كبار والأطفال

يلوم كلية الطب بمراكش يلوم كلية الطب فرساي "فرنسا"

07 août 2023

Mme SBATE Keltoume

THEALOSE collyre

1 goutte 4 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157.00 DH



Dr. Dounia JAAFARI
Cité Dakria, Résidence Dakria
N° 207 Zéma Etage - N° 101 Imm Diver 1
INPE : 0913 2234

Cité Dakhla, Angle av.Hassan 1 et Av.Ghandi
Résidence Biougnach, Imm Diyar 1 (En Face
Carfour), N° 207, 2^{ème} Étage - Agadir

حي الداخلة، تقاطع شارع الحسن الأول وشارع غاندي،
(قرب كارفور) عمارة بيوكناش، إقامة ديار 1، رقم 207،
الطابق الثاني - أكادير

 06 62 53 62 64 - 05 25 17 03 40



Dr.jaafaridounia@gmail.com

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Dounia JAAFARI
Specialiste en Ophtalmologie
Adultes et Enfants

Diplômée des facultés de Médecine
de Marrakech et de Versailles "France"



الدكتورة دونيا جعيري
أخصائية في طب وجراحة العيون
للكبار والأطفال
دبلوم كلية الطب بمراكش
دبلوم كلية الطب فرنسا "فرنسا"

07 août 2023

Mme SBATE Keltoume

Monture + verres correcteurs

Vision de loin :

OD = + 4.50 (- 1.50 à 82°)

OG = + 4.50 (- 1.00 à 111°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75



Cité Dakhla, Angle av.Hassan 1 et Av.Ghandi
Résidence Biougnach, Imm Diyar 1 (En Face
Carfour), N° 207, 2^{ème} Étage - Agadir

حي الداخلة، تقاطع شارع الحسن الأول وشارع غاندي،
قرب كارفور (عمارة بيوناش، إقامة ديار 1، رقم 207،
الطابق الثاني - أكادير)

06 62 53 62 64 - 05 25 17 03 40

Dr.jaafaridounia@gmail.com