

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 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

- 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

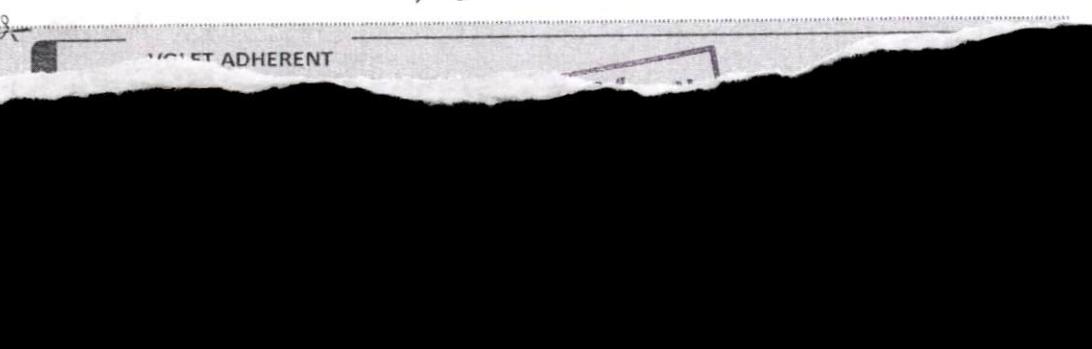


Déclaration de Maladie

N° W19-432798

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1221</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société :	
Nom & Prénom : <u>Benomar Tchekh</u>			
Date de naissance : <u>14 oct 1989</u>			
Adresse : <u>41ve Washington les Maroc Apt 1 Caza</u>			
Tél. : <u>0661 150762</u>		Total des frais engagés : <u>1064,10</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade :			Age: _____
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : <u>Cher</u> le <u>23</u> de <u>août</u> <u>2013</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>AB</u>			



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
11/02/23	1	1	200,-	INP : 09181554 Hôpital Saint-Louis - Casalane 102239.87.22

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/2023	74.114,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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		
ADEN OPTIQUE Mr Adnane AMINE Opticien Optométriste Contactologue 8 Res. El Fath n° 40075 El Beyrouth Rue Abou Waqt Casa Tel 05 22 36 29 05	09/10/2003					700,00	

ST ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

Docteur Fouad NCIRI
OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des Yeux
Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II
Ancien Interne des Hôpitaux de France



دكتور فؤاد النصيري

خنفاصي في أمراض وجراحة العيون
جراح كلية الطب ببوردو فرنسا
داخلي سابق بستشفيريات فرنسا

NAABAK 4,9%

Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH



6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

بالميعاد

Sur Rendez-vous

Casablanca, le: 5/10/23 الدار البيضاء في:

Dr BEN DUAH Mekhdi

ADEN OPTIQUE

Opticien Optométriste Contactologue
8 Res. El Fath n° 4 Latif. El Beyrouth
Rue Abou Waqt Casab. Tel 05 22 36 29 05

iste de la
Vue de la

35(15 - 950) + 0,25
36(15 - 950) + 0,25

84,00

Naabak 1/4 Medecat
32,10 Maxidel 1/4

T = 116,10

6 118001 070398
Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol collyre, 5 mL
1mg/3500UI/6000UI pour 1 mL
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DH

406995 MA

283, شارع الزرقطوني ، الطابق الأول - الدار البيضاء - الها
06 61 19 75 41 - المحمول: 05 22 36 83 22 - 283, Bd Zerkouni 1^{er} Étage - Casab
283, Bd Zerkouni 1^{er} Étage - Casab - Tel : 05 22 39 87 22 - Fax : 05 22 36 83 44 - Gsm : 06 61 19 75 41



Mme Mehdi BENOMAR

FACTURE N° : F114641

Date : 09/10/2023

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant
2	VER	verres organique antireflet	350,00		700,00

Corrections :

VL D. Sph: +0.25 Cyl: -0.50 Ax: 15°

VL G. Sph: +0.25 Cyl: -0.50 Ax: 15°

ADEN OPTIQUE
 Mr Adnane JAHIR
 Opticien Optométriste
 8 Res. El Fath n° 4
 Rue Abou Waqt Casablanca 22300

Paiements	Totaux
Acomptes	0,00
Tiers payant	0,00
Montant total payé :	0,00
Solde :	700,00
	Total hors TVA : 583
	Montant TVA : 116
	Total TTC : 700