

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

189759
C13

Déclaration de Maladie : N° P19-0000184

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7907 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TIKAT ANAR Date de naissance : 03.06.65

Adresse : Rue 66 N°100 Aghari I ouffa

Tél. 066.108.77.15 Total des frais engagés : 3718,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20.10.2023

Nom et prénom du malade : TIKAT ANAR Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Anomalie de l'oreillette an l'oreille

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 : Casa

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
20/10/23	ca		25000	دكتور العز الدين سالمي اختصاصي في أمراض وجراحة البو妞 مشفى واد درعة - الالفة - طرابلس - لبنان 00 61 31 15 71 06 673 04 55 - 05 22 85

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 2050293	20/10/23	68,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

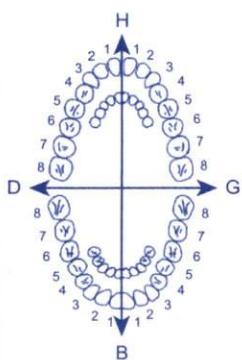
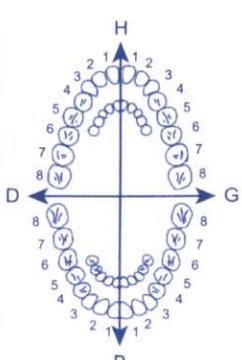
Akram Daali
Inne : 065032633

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													
					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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G	00000000	00000000															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER



الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

طبيب سابق بالمستشفى المركزي بتنانسي - فرنسا

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية المغربية

طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

Mr TIKAT AS MAR

D

(OEil droit)

AS MAR

G

(OEil gauche)

Porter

Habituellement:

vision de loin

(-0,25 à 160)

-0,25 (-0,50 à 40)

Porter pour
la lecture :

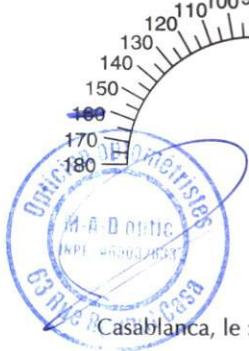
vision de près

Add +2,50

Add +2,50

v. progressif.

AX-Int



Casablanca, le :

20/10/23

الدكتور المرولاني مصطفى
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
54، شارع فتحي بن سعيد، الدار البيضاء
النوع: علاج بالليزر
الرقم: 091169292
Signature: [Signature]

54، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدي) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألفة - الدار البيضاء
54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - INPE : 091169292

ICE : 001651340000064 - E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

Tél.: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون
تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفي المركزي ببنانسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le :

20/10/ 2023

pre tinat Agmata

68.00

4) Dicloced 2

1S

1 fl x 2 ml x 10 fl



PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sidi El Ferjani
Doréto - La Pharmacie
4, Résidence Annaïm Oulfa
Tel.: 022.83.43.09 - Casablanca

الدكتور المرولاني مصطفى
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
54، شارع واد درعة - 11100 الدار البيضاء
الهاتف: 06 61 31 16 88 / 06 63 73 04 95 - 05 22 89 75 38



شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعه "Q" الطابق السفلي الالفة - الدار البيضاء
54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - INPE : 091169292

ICE : 001651340000064 - E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

Tél.: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N°:

N° 002316

Casablanca, le: 06/07/2024

Mme / Mr : TIPAT ASMAA

Dr: M. DAWI M. SOPHIE

VL

OD : (160 - 08)

OG : (160 - 8) - 08

VP-Add

OD : (160 - 08) + 25

OG : (160 - 8) + 25

2 Monture

altica

1100

DH

4 Verres

500 x 60

8300

DH

Total à payer: 3600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 3600 DH

Quitté le 07/07/2024

Akram Daali

INPE : 065032633



Cachet et signature

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél.: 05 22 29 55 36

Capitale 100.000 - Patente 3502703 - IF 47232711 - RC 3 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél. 05 22 29 55 36
ICE 002642590000069

MAD Optic

Opticien Optométriste

100.000 - Patente 3502703 - IF 47232711 - RC 3 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél. 05 22 29 55 36