

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-542533

N° D:
34520.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8135 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHINAN - AHMED

Date de naissance : 01/01/69

Adresse : RUE IBNOU ABI SAHIL N° 7

Marif Cat

Tél. : 0663436875 Total des frais engagés : 120.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2020

Nom et prénom du malade : CHINAN - AHMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : REFLACTA

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 : 0522

Signature de l'adhérent(e) : OJ

Le : 17/06/2020

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
17/06/2020	CG	200,0000		INP : 091087932

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 Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	
<i>M. A. J. M. A. J. M. A. J. M. A. J.</i>	25.06.20			
<i>Maârif - Casablanca</i>				
<i>022.25.21.33 Fax. 022.23.08</i>				
<i>équipement option 1050,0000</i>				

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.																			
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP : <input type="text"/>	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																			
DEBUT D'EXECUTION																			
FIN D'EXECUTION																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Docteur Abderrahman LAAYOUNI

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agrée pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتور عبد الرحمن لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب المول - ليزر - أنجيوغرافي

خريج جامعة منبولي

أستاذ مساعد سابق بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le 17/06/2002 الدار البيضاء، في

Dr. CHIBANI HASSAN

JURA OPTIQUE
30 Rue Oussama ibnou Zain
Maârif - Casablanca
Tél: 022.25.21.33-Fax: 022.23.08.66

DR. LAAYOUNI ABDERRAHMANE
MALADIES ET CHIRURGIE
DES YEUX
AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE
Bd Yacoub EL Mansour - CASA
0522 98 10 28 / 0522 98 14 85

$$PD = (174^\Delta - 2) - 3,8$$

$$PC = (168^\Delta - 2) - 3,8$$

شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3^{ème} Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85



JURA OPTIQUE
Opticienne Optométriste

FACTURE

FACTURE N° : **106/2020**

CLIENT : **CHINAN MOUAD**

DATE FACTURE : **25/06/2020**

DESIGNATION		PRIX TTC
Montures :	1 Monture optique	350,00 DH
Verres :	OG1 Organique anti reflet anti uv amincis	350,00 DH
	OD1 Organique anti reflet anti uv amincis	350,00 DH
Nomenclatures :		
OD : -3.00 (-2.00 à 174°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00		
OG : -3.00 (-2.00 à 168°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

MILLE CINQUANTE DIRHAMS

Total TTC : **1 050,00 DH**

Total HT : **875,00 DH**

TVA 20% : **175,00 DH**

Frais de Timbres : **2,63 DH**

Montant Total Payé : **1 052,63 DH**



Code INPE

095001327

30 JURA OPTIQUE
Tél 022.25.21.33 Fax: 022.23.08.66
Rue Oussama Ibnou Zaid
Maârif - Casablanca

R.C:349856 IF:40718900 Pte:35725204 ICE:001664295000061
Adresse: 30,RUE OUSSAMA IBNOU ZAID EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASABLANCA
Tél : 0522.25.21.33 FAX : 0522 23 08 66