

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.

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



Declaration de Maladie

N° W19-411230

48081

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1692 Société : MUPRAS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre ☒ Retraité

Nom & Prénom : BOUAB LAILA

Date de naissance : 09 Mars 1972

Adresse : 45, rue d'Aix Ours CASABLANCA

Tél. : 0663443435 Total des frais engagés : 2310,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : BOUAB LAILA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vie de réflexion

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 : 16 MAI 2020

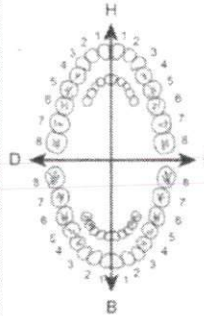
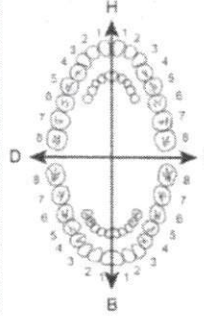
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
20/10/20	Cs	1	25000A	INP : 09102973

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/20	60000

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PG	IM	IV	
06/11/2020						2000000

RELEVÉ 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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr TRITKI Nadia

Spécialiste des maladies et chirurgie
des yeux des adultes & enfants

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
Ancienne Interne de l'hôpital 20 Août



د. الطريطقي نادية

إختصاصية في طب و جراحة العيون
للکبار و الصغار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية بمستشفى 20 غشت سابقا

Mohammedia, Le :

20 octobre 2020

RIMA PHARMA
PVC : 60,00

Mme BOUAB Laila

60,00

1/ OXYAL COLLYRE

S.V

S.P

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

60,00

Dr. TRITKI Nadia
Ophtalmologiste
67, Bd. Abdelkrim El Khattabi, Hay Laayoune
2ème Etage N° 4 - El Alia Mohammedia
Tél : 05 23 32 22 12



☎ : 05 23 32 22 12 / 📍 : 67, boulevard Abdelkrim al khattabi,
Hay laayoune 2^{ème} étage appt n° 4 (au-dessus BIM), El alia - Mohammedia
67 شارع عبد الكريم الخطابي, حي العيون, الشقة رقم 4 (فوق بيم) العالية - المحمدية

Dr TRITKI Nadia

**Spécialiste des maladies et chirurgie
des yeux des adultes & enfants**

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
Ancienne interne de l'hôpital 20 Août



د. الطريطقي نادية

**إختصاصية في طب و جراحة العيون
للکبار و الصغار**

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية بمستشفى 20 غشت سابقا

Mohammedia, Le :

20 octobre 2020

Mme BOUAB Laila

Monture + verres correcteurs progressifs

VL :

OD = + 1.75

OG = + 2.50 (- 0.50 à 150°)

VP :

ODG = Add : + 2.75



☎ : 05 23 32 22 12 / 📍 : 67, boulevard Abdelkrim al khattabi,

Hay laayoune 2^{ème} étage appt n° 4 (au-dessus BIM), El alia - Mohammedia

67 شارع عبد الكريم الخطابي، حي العيون، الشقة رقم 4 (فوق بيم) - العالية - المحمدية

Residence Belafkih B, RDC
Rue Rif - Mohammedia
Tél./fax: 05 23 31 29 80
E-mail : Optinoble@hotmail.fr
Patente : 39557875 - Rc : 7003
Ident. Fiscal : 40179181
CNSS: 7858668
ICE N° : 001734916000023

FACTURE N° 0377944

Mohammedia, le 06/11/2020

M: BOU AB
Laiba

Ordonnance du Docteur : **TRITKI Nadia**

Nos de nomenclature
correspondants à la prescription

Loin O.D = +1,75
O.G = +2,50 (-0,50 à 15°)

D.F. O.D =
O.G =

Prés O.D = +4,50
O.G = +5,25 (-0,50 à 15°)

Montures : **plastique**

700,00

Verres : **Progressifs, ergonomique Anti-
reflet performant HA multicouche anti-
rayons indice 1,5 diamètre 65**

1300,00

TOTAL : 2000,00

La présente facture est arrêtée à la somme en DHS de :

Deux mille dirhams