

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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

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



48694

Déclaration de Maladie : N° P19-0017725

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OULA HAMTA Date de naissance : 13/03/53
Adresse : 2 bis Rue MAHDI Auj39
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

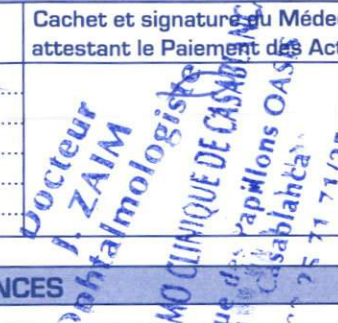
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : OULA HAMTA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection
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 : Auj39 Le : 19/11/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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
20/10/2012	S		300,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ABOON	28/10/2012	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/10/12		148,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

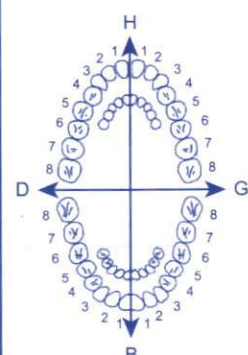
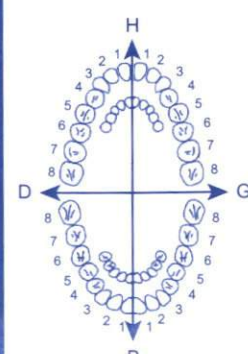
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



61851

Casablanca le :

20 octobre 2020

OULAL Halima

14800

CATIONORM



1 goutte 4 à 6 gouttes par jour, dans les deux yeux, pendant 6
Mois

PHARMACIE CHU
AL IRFANE
Dr. MAAROUF Nouria
14, Bd. Jelloul Med Hay Saada
Tél: 06 30 53 22 20 - Oujda
ICE : 00101933700000

PPC 148,00 DH

LOT

SW160

2020-02

2023-02

Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologiste

Urgence 24/24



FACTURE

Optique Msaad

Opticien Optométriste
Lentille de Contact

Bd Allal Al Fassi, Bloc 26 N° App 3 - OUJDA
Tél: 06.61.79.01.96 ☎ 06.37.61.63.60

RC : 21147 - PATENTE: 11142110

ICE^N: 000058036000063

I.F : 40290488 - CNSS: 8007181

Date: 28/10/2020

N° 000186

Monsieur (Mme): OULAL

HANIMA

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: -0.50 OG: -0.75	25° 90°	-0.50 +0.50	1 1	500 500	1000
VP: { OD: OG:					
ADD:					
<p><i>Optique Msaad</i> Opticien Optométriste Lentille de Contact Bd Allal Al Fassi, Bloc 26 N° App 3 - OUJDA 06.61.79.01.96 ☎ 06.37.61.63.60</p>			<input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER <input type="checkbox"/> UNIFOCAL <input type="checkbox"/> MINERAL <input type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE <input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU <input type="checkbox"/> 1,5 <input type="checkbox"/> 1,6 <input type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74 <input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
			MONTEUR OPTIQUE <input type="checkbox"/> METAL <input type="checkbox"/> PLASTIQUE		
			TOTAL 1800		
			1800 800		
			TOTAL 1800		

Arrêtée la présente facture à la somme de:

1800



Casablanca le : 20 10 2020

BON DE REGLEMENT

Reçu de

M. BOULAL Halima

La somme de : Trois cent Dhs
300.00Dhs

Pour : Consultation.

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél. 05.22.25.71.71 - Fax 05.22.25.11.15

Cachet et signature
Dr. J. ZAKIA
Ophtalmologue

Urgence 24/24



61851

Casablanca le :

20 octobre 2020

OULAL Halima

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

VL :

OD = - 0.50 (- 0.50 à 75°)

OG = + 0.50 (- 0.75 à 90°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologue

Optique Msaad
Opticien Optométriste
Lentille de contact
Bd Alal Al Fassi, Bloc 28 N° 2003
06 61 79 01 96 - OUJDA

Urgence 24/24