

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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



Me 13103

ND: 49144

Déclaration de Maladie : N° S19-0003783

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13103 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SARA SADIR Date de naissance : 21/01/1991
Adresse :
Tél. : 0619503328 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Dalila S. ALIDRISSI
Ophthalmologiste
84, Bd. My Driss 1er
Tél 05 22 86 06 06
INPE : 001003100
Date de consultation : 25 SEP. 2020
Nom et prénom du malade : SADIR Sara Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Membre de ref.
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.

Je certifie 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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div style="transform: rotate(-45deg); color: red; font-weight: bold;"> 0505 NOV 1975 </div>		001.3221	

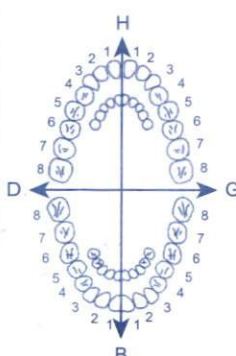
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
KEEN OPTIC	12.10.22					2500,-
Moulay Khirine - Optométriste						
Cabinet des Hôpitaux - Casablanca						
Tel : 0522 86 17 74						

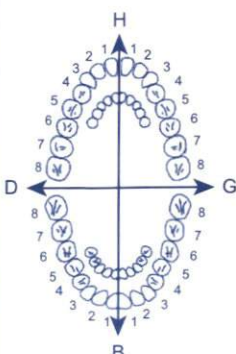
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>	
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>					
FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>					

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>		
DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>			
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 25 septembre 2020

Mr. SADIR Sara

Monture + verres correcteurs

Filtre lumière bleue Antireflets

OD = Plan (- 1.00 à 25°)

OG = Plan (- 1.25 à 162°)

EIP 56 mm

KEEN OPTIC

Opticienne Lunetière Optométriste
84 Bd. Moulay Driss 1er (En Face Charles Foucauld)
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél. 0522 86 17 74

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophtalmologiste
84, Bd. My Driss 1er
Tél. 05 22 86 06 06

KEEN OPTIC

84,Bd Moulay Idriss 1er,quartier des Hôpitaux
Magasin 33 CASABLANCA
Keenoptic@gmail.com
05 22 86 17 74

Mme Sara SADIR

FACTURE N° : F20/0644

Date : 12/10/2020

Prescrit par : Dr DALILA SBAI IDRISSE

No ID :

En date du : 25/09/2020

Désignation	Qté	Prix unit.		Valeur	TVA
INCASSABLE FILTRE LUMIERE BLEUE	1	850.00		850.00	20.0
INCASSABLE FILTRE LUMIERE BLEUE	1	850.00		850.00	20.0
MONTURE OPTIQUE	1	1000.00		1000.00	20.0
Corrections : VL D. Sph: PLAN Cyl: -1.00 Axe: 25° VL G. Sph: PLAN Cyl: -1.25 Axe: 162°					
Total	3			2700.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
2250.00	450.00	2700.00	2700.00	0.00 Dh

Paiement par chèque n°
Paiement espèce
Paiement carte bancaire

KEEN OPTIC

Opticienne Lunetière Optométriste

84 Bd. Moulay Idriss 1er (En Face Charles Foucauld)

Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél 0522 86 17 74

RC: 339382 Patente : 36323406 IF:16370737 ICE:001643014000020 INPE:095004404