

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



Déclaration de Maladie

N° W19-592206

ND: 51603

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9442

Société :

R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SADOK AHMED

Date de naissance :

27 oct 1963

Adresse :

Résidence ENNAKHIL IM A N° 29 ST.
MARRAUF CASA

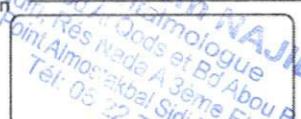
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/12/2020

Nom et prénom du malade :

Ghita Souda

Age :

17

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant :

Nature de la maladie :

affection Oculaire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

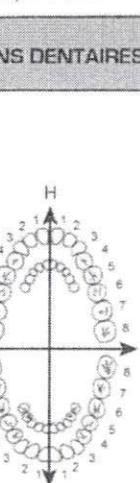
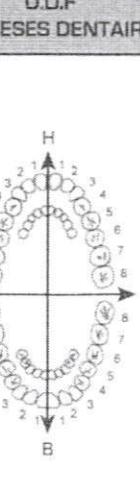
Le :

16 DEC. 2020



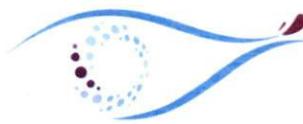
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DUSSAIX SARL 12000 PARIS	11/12/2000	7570

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
ETTE DE LA JEUNESS cien - Optométriste laurek 1 Rue 71 Bis N°13 ICF:001983514000083 0522 81 31 31	15/12/2020		optique			1800,00	

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 (List of treated teeth corresponding to the numbered positions on the dental chart)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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"/>														
				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"/>														
D.O.F PROTHÉSES DENTAIRES 																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجدة سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلوكة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

Enfant Ghita SADOK
Casablanca, le vendredi 11 décembre 2020

Verres et monture Pour vision de loin:

Œil droit : (180° -0.50) -0.25

Œil gauche : (170° -0.75) -0.25

Verres incassables

Verres avec antireflets

Verres avec filtre bleu

LUNETTE DE LA JEUNESS
Opticien - Optométriste
Sidi Maârouf 1, Rue 71 Bis N°13
Casa ICE: 001153514000083
Tél: 0522 81 31 31

Siham NAJID

Dr Siham NAJID
Ophtalmologue
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
El Kadiri, Rés NADA 'A' 3ème Etg en face
Rond Point Almostakbal Sidi Maarouf - Casa
Tél: 05 22 78 78 07

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakr el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري ، إقامة ندى "A" الطابق
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء

LUNETTES DE LA JEUNESSE

Sidi Maârouf 1er Rue 71 N° 13 Bis
 Tél : 05 22 81 31 31 Casablanca
 R.C. 219034

نظارات الشباب

سبدي معروف 1 الزنقة 71 الرقم 13 مكرر
 الهاتف : 05 22 81 31 31
 219034 س.ت.

Casablanca, le 15/12/2020

№ 100262

NP: 45215970
 IF: 34518863

M. GHITA SADOK Doit

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION DU	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	SUPPLEMENT
Docteur	O.D. 1,06 O.G. 1,06	O.D. / O.G. /	O.D. / O.G. /	Indice RR Bleu

FOURNITURES :

Montures	Plastique	500,00
Verres	CORNA Anti reflets Bleu	
V.L	{ O.D. -0,25 (-0,50 à 180°) O.G. -0,25 (-0,75 à 170°)	650,00 650,00
V.P	{ O.D. O.G.	
LUNETTE DE LA JEUNESSE Opticien - Optométriste Sidi Maârouf 1er rue 71 Bis N°13 Casa ICE 051 835 400083 Tél: 0522 81 31 31	TOTAL	1800,00

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

Mille huit cents
 Dhs