

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.

Pathologie 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

Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 055965

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161 Société : RAM 45804

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHI ABDEERRAHIM

Date de naissance : 14 05 1955

Adresse : CITE Jemaa Rue 131 N° 09 Jemila 05 CAS

Tél. 0661727546 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/10/2020

Nom et prénom du malade : MOUSTAHI ABDEERRAHIM Age : 65 ans

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

Nature de la maladie : VUE de réfraction (VL + VP)

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.

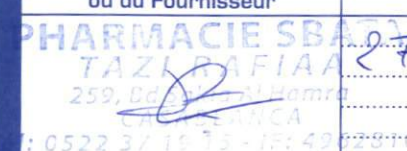
Fait à : AB3 Le : 27/10/2020

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
27/10/20	CS	1	200DH	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/20	22.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

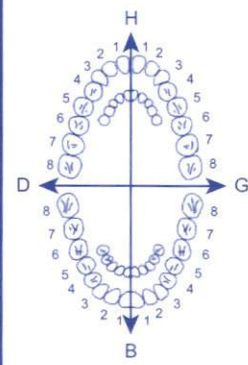
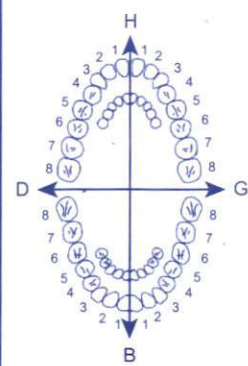
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	27/10/20					2509,00

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 malaires, 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

Dr KHADIJA FILTY

Spécialiste des maladies et
Chirurgie des yeux
Ex chef de Service Ophtalmologie
à l'hôpital Mohamed SEKKAT
Ain chock
Membre de la société française
d'ophtalmologie Paris
certificats médicaux pour permis de conduire



الدكتورة خديجة فilty

اختصاصية في أمراض وجراحة
العيون
طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد السقاط عين الشق
عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون باريس
تسليم الشواهد الطبية من أجل رخصة السياقة

Ordonnance

Casablanca le : 27/10/2020 : الدار البيضاء في :

PHARMACIE SBATA
TAZI RAFIAA

259, Bd Sakia Al Hamra
CASABLANCA
Tel: 0522 37 19 15 - RF: 49628100
CNSS: 1579088-ICE: 031632349000079
B. - 0928-25-2 - Pat: 3742612

NOUSTAHID Abdelmehi

Vous de correction

VL + VP

VL =

$$OD = (105^{\circ} - 0,25) + 1,50$$

$$OU = (120^{\circ} - 0,25) + 1,25$$

VP =

Addition + 3,0

22.65

Flucon. collyr 1/0

Est. 4/5 x 1/5

الدكتورة خديجة فilty
Dr. KHADIJA FILTY
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
Ophtalmologiste
43 - Casablanca
Tél: 05 22 37 07 43

LABORATOIRES ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable A
4066

شارع والذهب، رقم، 106، الطابق الأول، فوق مقهى أنكونا (قرب طينالية سكية)، بن مسيك سباتة الدار البيضاء

Boulevard oued ED-DAHAB, N° 106, 1er étage, Ben msik, Casablanca

GSM : 06 08 93 17 90 / Tél : 05 22 37 07 43

OPTIC ABDO

RAHIMI

Facture N° :	613-20
Fait à casa le :	27/10/20
A Mr/Mme :	MOUJTAHID ABDERRAHIM
Docteur :	KHADIJA FILTY

--

	loin	Prés	DF	PR
OD	408	407		
OG	408	407		

Fournitures

		Prix
Monture	2 MONTURE OPTIQUE	800
VERRES	VL:OR ANTI UV 1,6/ VP: OR AR	1700
Correction		
OD	OG	ADD
(-0,25 à 105)+1,50	(-0,25 à 120)+1,25	3

Total (TTC)	2500	ESPECES
-------------	------	---------

Optique ABDO
Rahimi
Opticien Optométriste
Bd lahraouine n 249 CJ Casablanca
Casablanca - Tel: 0522 38 12 05

cachet