

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-446287

N° D: 52640

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01213 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOHAMED MOUSSAFIR

Date de naissance : 15-06-1949

Adresse : 50 lotissement ELMAUSEH

Tél. : 0602 875416 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : MOUSSAFIR Mohamed Age:

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 : 07/12/2020

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-446287

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01213

Nom de l'adhérent(e) : MOUSSAFIR

Total des frais engagés : 2085,50

Date de dépôt :

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
07/12/2022	C.S.	1	250,00	INP : 0911038987

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PALMIER Rue Palmier, Angle Bd Zerkouni et Bd Abdelmoumen, Imme "B", N°4 21, Chemin 708, 110 Tél: 0523329895	07/12/2022	235,60

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	PC	IM	IV	
GRAND OPTICAL 14, Aswak, Beyrouth Tél: 0523 30 30 48	11/12/22	1 monture Optique				P. 1600,-
		2 Verres ophtalmiques				

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المصحة المتخصصة المحمدية
في أمراض و جراحة العيون
CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA
OPHTALMOLOGIE

الدكتورة حسناء العماري
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب و جراحة العيون
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Professeure Agrégée Ophtalmologie
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

07 décembre 2020

Mr. MOUSSAFIR Mohamed



22,60
FLUCON COLL

1 gtt 3f/j pd 10j,
puis 2f/j pd 5j,
puis 1f/j pd 5j , dans les deux yeux

179,00
OPTIVE FUSION COLL

1 gtt x 4 /j, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

34,10
LIPOSIC GEL

1 app / j le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 Dhs

235,60
LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II - Mohammedia
Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63
Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma
Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084



المصحة المتخصصة المحمدية
في أمراض وجراحة العيون
CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA
OPHTALMOLOGIE

الدكتورة حسناء العماري
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب و جراحة العيون
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur Agrégée Ophtalmologie
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

07 décembre 2020

Mr. MOUSSAFIR Mohamed

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Organiques Amincis

VP : OD = - 2.75 (- 3.50 à 90°)

OG = - 2.00 (- 3.50 à 80°)



الدكتورة حسناء العماري
Docteur Hasnaâ LAMARI
Professeur Agrégée Ophtalmologie
CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA
URGENCES 05 23 32 90 02



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II - Mohammedia

Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63

Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084

GRANDOPTICAL

Création

Mohammedia, Le 07/12/2020

FACTURE N 222/20

Mr MOUSSAFIR Mohamed Doit

Sur Ordonnance du Dr Hasnaa LAMARI

1	Monture Optique	<u>400.00</u>
	VISION DE PRES :	
2	VERRES CORRECTEURS INCASSABLE AMINCIS IMPORTATION TRAITEMENT ANTIREFLET MULTICOUCHE	<u>1200.00</u>
	PAYE PAR CARTE BANCAIRE	
	TOTAL	<u>1600.00</u>



Arrêtee la présente facture à la somme

MILLE SIX CENT DIRHAMS

DONT TVA 20%

14,Aswak Essalam Bd. Hassan II MOHAMMEDIYA 34600- tel/fax : 0523303048

E-mail : grandopticalcreation@gmail.com

R.C:12237-Patente:39590218-I.F:14373802-CNSS:9250424

ICE :000003740000094