

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040719

ND: 18746

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0401 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NORREDINE Saïd
Date de naissance : 01-01-1964
Adresse : 3 Rue Abou Abbas EL Makri
Franceville 2- Casablanca
Tél. : 0522875494 Total des frais engagés : 3835580 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2020
Nom et prénom du malade : NORREDINE SAÏD Age: 61
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : correction réfractive
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 : Casablanca

Le : 30/01/2020

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
07/01/2020	S		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE AL... (Ex 401) ... France Ville ... Tél. 05 77 ...	07.01.2020 14/01/2020	3335,90 3300,00

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	

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 de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie



الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

اللايزر

Casa le :

07 Janvier 2020

Mme NORREDINE Saïda

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville

BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

VP : 37 DH 20

6 118001 200818

FRVISON

LUMIXA

P.P.C : 149Dh

FRVISON

LUMIXA

P.P.C : 149Dh

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 2.75 (- 0.75 à 88°)

OG = + 3.00 (- 0.25 à 86°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

145,00 dh x 2 = 290,00

1/ LUMIXA COLLYRE

37,20 dh
1 GTT 3 FOIS/ JOUR, les deux yeux, 1 Mois

2/ FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

1 app 2 fois par jour des deux yeux, 8 jours

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 41 11

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji

Idrissia 1 - Casablanca

Tél. : 05 22 28 70 73

Fax : 05 22 80 18 36

Patente : 33664052

C.N.S.S : 23561145

R.C. : : 20 47 88

IF : 02520198

ICE : 001823017000027

INP : 095004081

FACTURE

N° 0009459

Casablanca, le

M

14 / 01 / 2020
No PRE DINE SAIDA

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur BOUKSIN

NRS de nomenclature
correspondants à
la prescription

Loin {

O.D. =

O.G. =

Prés {

O.D. =

O.G. =

D.F. {

O.D. =

O.G. =

FOURNITURE :

1 Montures :

2 Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois mille trois
cent ans

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE OPTOMETRIE
404, Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1
Tél. 05 22 28 70 73 Fax 05 22 80 18 36 Casablanca