

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

onditions 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.

Éducation :

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

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- 0026053

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0531 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : FADIL EL ALAOUI My MOSTAFA

Date de naissance : 1946

Adresse : 14, RUE AL KASSAR MAARIF, CASA

Tél. : 0668744106 Total des frais engagés : 2934,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur D'AMOSY moussine
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Rouhani - Casablanca
Tél: 05 25 48.88

Date de consultation : 01 NOV. 2019

Nom et prénom du malade : FADIL EL ALAOUI My MOSTAFA 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le 20 JAN 2020



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
04 NOV. 2019	CU TKB		35 016 000 MF	Dr. MOUSSINE Ophtalmologiste 400, Bd Brahim Roudani - Casablanca Tél: 0522 25 31 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE UNIVERSELLE CASA SARL AU 398, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 0522 25 31 42	01.11.2019	8490

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

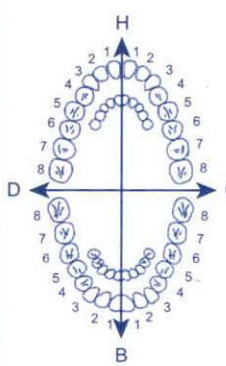
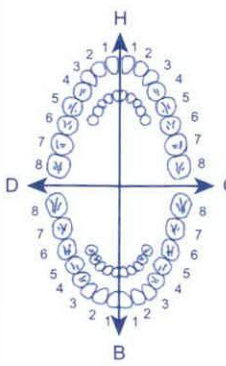
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ALIZOPTIQUE Najib GHALLALI 394, Bd. Brahim Roudani - 20000 Casablanca Tél: 0522 23 15 02/GSM: 0661 41 39 67	04/11/2019					25 000 MF

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'

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																	
	[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 Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmogiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 01/11/2014

M. Fouad El Mroui
Roz loto

8490
1) Catel 2/10 L₁
2# 17 le Plotia OL
— > 11m.

PHARMACIE
UNIVERSELLE CASA SARL AU
398, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 0522.25.31.42

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522.25.48.88 / Fax: 0522.25.70.88
CASABLANCA

400, Bd Brahim roudani - Casablanca - Tél : 05 22 25 48 88 / 05 22 25 70 88

05 22 25 70 88 / 05 22 25 48 88 : الهاتف - الدار البيضاء - شارع ابراهيم الروداني - 400

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmogiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 26/11/2009

Reçu pour le Dr. Fodil El Aloui
Prothèse (Strutens)

OD = +2 (-1.5) - 100
OS = +0.5 (-2) - 80
Aloupi = +3

deux paires de lentes
Corgis (Actinof)

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste
400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

ALIZOPTIQUE

394, BRAHIM ROUDANI

TÉL : 05 22 23 15 02

FAX : 05 22 23 15 02

Fait à Casablanca le 20 / 01 / 2020.

FACTURE N°

2	0	1	8	1	2	4		
---	---	---	---	---	---	---	--	--

Nom FADIL ALAOUI

Prénom MOSTAFA

OD +2.00 (-1.50 à 100)

OG +0.80 (-2.00 à 80) ADD +3.00

Monture :

1000.00

Verres

4 VERRE ORG 1.56 VL+VP
BLUE UV

1500.00

Total 2500.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Cinq cent Cinquante

ALIZOPTIQUE SARL.AU

Najib GHALLALI

394, Bd. Brahim Roudani - 20000 Casablanca

Tél: 0522 23 15 02 / GSM : 0661 41 99 67

ALIZOPTIQUE 394, Brahim Roudani / Tél : 05 22 23 15 02 / Fax : 05 22 23 15 02 / E-mail : alizoptique@gmail.com

IF : 24917005 / RC : 389633 / CNSS : 5722915 / ICE : 001987487000094