

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3566 Société : 54132

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOU RABi AED JALAL

Date de naissance : 11.9.58

Adresse : 98 Rue OMAR ELIFFI N° 1 CASA

Tél. : 0661131284 Total des frais engagés : 3030, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 JAN 2021

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : _____

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : fm

Le : 04/01/2021

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28			
GAUCHE	23 22 21 11 12 24 25 26 27 28			
HAUT	16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1			
BAS	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 39 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21			

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire	
DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
GAUCHE	23 22 21 11 12 24 25 26 27 28
HAUT	16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
BAS	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 39 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21
(Création, Remont, adjonction)	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Signature et cachet du praticien
attestant la devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT NOM : Mle

DECLARATION N° W18-379036

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

04/1/21 300 + 2600 4000 MT 2600 VIK

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom *MOURADI Nadia JALAL*

Fonction : *Rebouteuse* Phones. *0661131384*

Mail *mmouradi58@gmail.com*

MEDECIN Prénom du patient *Mouradi Nadia JALAL*

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie Date 1ère visite

Anesthésie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C 3 *300 DH*

PHARMACIE Date

Montant de la facture

13000 *0522449338*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

OPTIQUE EL FATH *0522449338*

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombr Montant détaillé des

AM PC IM IV Honoraires

26000 *26000*

DOUSSI NADIA
Professeur en Ophtalmologie
Sous le 6 Avenue Abdellatif Ben Yousfi
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel/Fax: 0522994600

*Signature et
cachet du
pharmacien*

TELE: 0522449338

CACHET

OPTIQUE EL FATH
Bd. Meublicité Bloc J N° 63
Palais 16616 Casablanca
Tel: 052297902

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
 Maladies et Chirurgie des Yeux
 Ex. Professeur à la Faculté de Médecine
 et de Pharmacie de CASABLANCA
 EX Attachée au CHU de Nantes (France)
 Microchirurgie de l'Oeil
 Strabisme - Phacoemulsification
 Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
 Chirurgie Réfractive
 Agrée en Médecine Aérospatiale

Casablanca le :

HyFresh®
 Lot: XF0204
 Fab: 06 20
 Exp: 06 23
 PPC: 130 DH 00

الأستاذة /
 إختصاصية في أداء
 أستاذة جامعية بكلية الـ
 ملحة سابقاً بالمستشفى
 جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
 تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
 جراحة الغول

29-12-005

NOVRADI ned job

en cette présentation

VL/ 09 (85 - 1) +1.25

0G1 (95° - 0.75) +0.75

VR/ 006 006 2.75



130.00 Agfa 31

Hyfresh S.V

Dr. LAOUISSI Nadia
 Professeur en Ophtalmologie
 Sise à 75 Boulevard Abdelloumen
 Résidence Koutoubia
 Casablanca - Tél/Fax: 0522.99.46.00

OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudibokeita, Bloc (ij) N° 83
Casa - GSM : 0661 97 79 82
Patente : 36616616



نظارات الفتاح
شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83
الدار البيضاء - المغرب : 06 61 97 79 82
الباتان : 36616616

FACTURE

N° 0014329

IF : 40178251

RC : 377480

Casablanca, le : ICE : 0008056000089

M : Mou Radi Dr Ely JACAL 02/11/2021

N° de Nomenclature :

422

Docteur : Dr MOUSSA

Monture:	NEA 8 4/5	400.00
----------	-----------	--------

Verres:	Pres - Bas 1156	
---------	-----------------	--

VL:

OD:	(85 - 1) + 125	
-----	----------------	--

OG:	(55 - 25) + 25	
-----	----------------	--

VP:

OD:	4/5 + 2/2	
-----	-----------	--

OG:		
-----	--	--

2600.00	
---------	--

Total :

Arrêtée la Présente Facture à la Souigne de

Dr Mou Radi OPTIQUE EL FATH
Bd. Moudibokeita Bloc (ij) N° 83

IF : 40178251

RC : 377480

ICE : 0008056000089

Patente : 36616616
Tél : 06 61 97 79 82 - Casablanca

TW P 02 18.1.9152