

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 que le pli 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

- Reclamation : 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° W19-479715 Dos n°

59679

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6714 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre
 Nom & Prénom : KRITA AHMED
 Date de naissance : 15/12/49
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Bhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Othmane BOURMANI
 Ophtalmologiste
 20, Rue Ibn Koulouya - CASABLANCA
 Tél. : 0522 22 81 13 - Fax : 0522 2 81 14
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/11/2020
 Nom et prénom du malade : KRITA AHMED Age : 70 ans
 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 : Le : 16/12/20
 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
24/11/2020	G	1	200 dh	Dr. Othmane BOURMANI Ophtalmologiste 20, Rue Ibn Khaldoun - CASABLANCA Tél. : 0522 22 61 13 - Fax : 0522 2 81 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
Optique Le Beau Coin Ed. Moudiboukieta Bloc (J) N° 8 Casablanca Tél.: 00 25 27 25 92	8/2/21					3000 dh

VOLET ADHERENT

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

					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>H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></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																														

Docteur Othmane BOURMANI

OPHTALMOLOGISTE

LASER ET ANGIOGRAPHIE

LENTILLES DE CONTACT

CHIRURGIE DES YEUX

20, rue Ibn Khalouya, angle rue de Madrid

Mers Sultan – Casablanca

☎ 0522 22 81 13 - ☎ 0522 22 81 14

INPE : 091166520

ICE : 001700106000060

الدكتور عثمان بورماني

اختصاصي في امراض و جراحة العيون

الليزر وتصوير أوعية الشبكية

العدسات اللاصقة

جراحة العيون

20, زنقة ابن خلوية - زاوية زنقة مدريد

مرس السلطان - الدار البيضاء

☎ 0522 22 81 13 • ☎ 0522 22 81 14

Casablanca **mardi 24 novembre 2020**

Monsieur KRITA Ahmed :

Monture avec verres pour correction de la vision de loin et de près :

- Œil droit : +3.00 (-1.25) à 75°, Addition +2.75
- Œil gauche : +3.00 (-1.50) à 95°, Addition +2.75

Verres organiques progressifs

Traitement anti-reflets

Antique Le Beau Coin
Indihoukieta Bloc (J) N° 70
Casablanca
Tel. 05 25 27 25 92

الدكتور عثمان بورماني
Dr. Othmane BOURMANI
Ophthalmologiste
20, Rue Ibn Khalouya - CASABLANCA
Tel. : 0522 22 81 13 - ☎ 0522 22 81 14

Optique Le Beau Coin



Patente N° 36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca

Facture
Optique Le Beau Coin
 Ed. Moudiboukieta Bloc (J) N° 70
 Casablanca
 Tél: 06 25 27 25 92

N° 1299

Casablanca le :

Mr: KHITO AHMED

VL:	<u>1.25</u>	
OD:	<u>(-1.25 - 75) + 3</u>	
OG:	<u>(-1.50 - 95) + 3</u>	
VP:		
OD:	<u>del + 2.75</u>	
OG:		
Monture:	<u>1000112</u>	
Verres:	<u>2000112</u>	
	<u>112 5000</u>	

Total: 300000

Arrêtée la présente Facture à la Somme de

Optique Le Beau Coin
 Ed. Moudiboukieta Bloc (J) N° 70
 Casablanca
 Tél: 06 25 27 25 92