

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 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

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.

N° W19-525768

61303

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 04930

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RA RA HA SSAH

Date de naissance :

07/06/44

Adresse :

Habtul

Tél. :

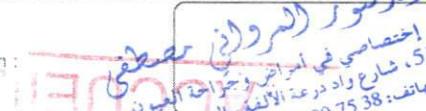
0666 19 98 77

Total des frais engagés :

2308 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/01/2021

Nom et prénom du malade :

BABA Red Amine

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anamnèse de Réfraction

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.

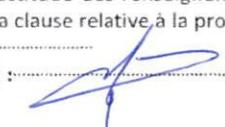
Fait à :

04930

Le :

04/12/21

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-525768

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 : 04930

Nom de l'adhérent(e) : RA RA

Total des frais engagés : 2308 DH

Date de dépôt :

04/12/21

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES.

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Céficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19 FEV 2021	as		200 DH INPE : 091169299	احصادي في تموين الشارع واد درعة الماء العنبر ٥١ العنبر ٣٥

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Réceptionniste	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AQUA AQUA THERAPY Hay R.S.A 1, Rue El Fadil Casablanca . Tel: 0522 7270 55	19/12/2021	108,20

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cache et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
<i>OPTIQUE MILIEU POUR CE OPTICIEN OPTOMETRISTE</i>	24/02/2021					2000.00	

VOLET ADHERENT

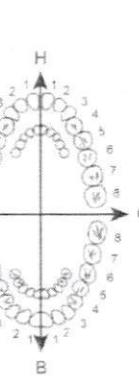
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

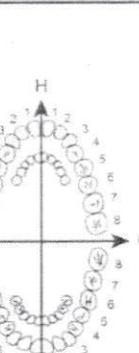
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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'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"/>
				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"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412	21433552	
	G	00000000	00000000	
	<hr/>		<hr/>	
	H	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
	B			
	[Creation, remont, adjonction]			
	Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			
	D	G		
	B			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 19 FFV 2021

BTB Ned Amine

54, 10 x 2

Larmabak (N°



102f) -

ف-5 سفر

108, 2c

PHARMACIE AL JAWAD
ARAUATTE KAMALA
Casablanca, Bd. Oued Daraâ, Près Institut Abdou
Tél.: 05 22 89 75 38
54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38
GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95 • E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
51، شارع واد درعة الألفة، الدار البيضاء
الهاتف: 06 61 31 15 58 - 05 22 89 75 38

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER



الدكتور المرولاني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفي المركزي ببنانسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

BABA Fled Amine

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

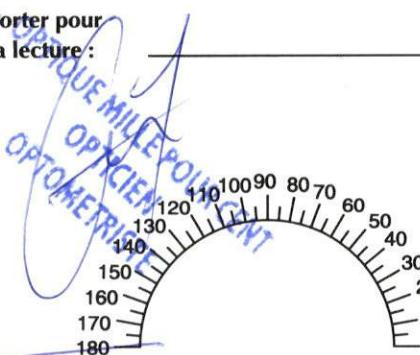
Porter

Habituellement:

-1,5 (-8,5 à 180) -1,75 (-8,0 à 170)

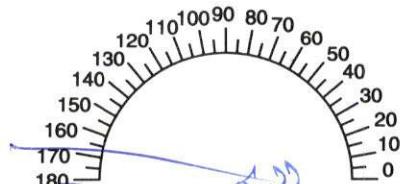
v Antireflets

Porter pour
la lecture:



Avec Monture

AX-Int



Casablanca, le : 19 FEV 2021

الدكتور المرولاني مصطفى
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
شارع واد درعة الالفة، الدار البيضاء
الهاتف: 51 75 38 89 22 05 06 61 31 15 58
Signature



OPTIQUE 1000%

Opticien - Optométriste

Facture

N° 003139

Date : 24/02/2021

Mr : BABA Didi A TONG

Docteur: MAROUDINE Doudouma

Type des Verres : Lentilles Organique 12000

Monture : Plastique 8000

* Vision de Lion :

OD Axe 180 Cyl 0 Sph 113 600

OG Axe 120 Cyl 80 Sph 121 600

* Vision de Prés :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Add :

Montant : 2000

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - RC : 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211