

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.

Diagnostic 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

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- 049768

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2484 Société : 62693

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KENFAOUS Abdelh

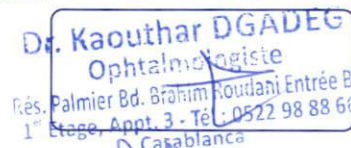
Date de naissance : 14-12-83

Adresse :

Tél. : 0609896208 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2021

Nom et prénom du malade : KENFAOUS BAHJA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

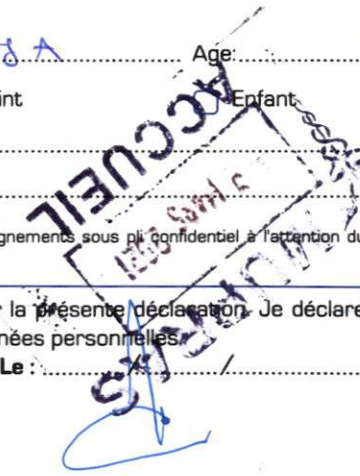
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le :

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
25/04/2021	C + K (S.D. 1.000)		200,00 Dh	Dr. Kaouthar Ophthalmo-Logiste Rés. Palmier Bd. Brahim Rouhani Entrée 45 1 ^{er} Etage, Appt. 3 - Tel : 0522 98 88 66 Casablanca

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIQUE PLAZZA Courrier Arrivé 8 734 7321 Bureau d'Ordre Central	08/02/2021					# 1000,00 # Dirhams

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 canaux, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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. Kaouthar DGADEG

Spécialiste en Maladies de Chirurgie
des yeux de l'Adulte et de l'Enfant

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme • Glaucome • Laser
- Angiographie • OCT



الدكتورة كوثر الدكادك

إختصاصية في أمراض و جراحة
العيون للكبار و الأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول • الرزق • الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le 25/01/2021

M^{re} KENFAOUS BAHJA

Monture + Verres correcteurs:

$$VL \begin{cases} OD: +0,50 (-0,75 \text{ à } -1,75) \\ OG: +0,75 (-2,00 \text{ à } -1,75) \end{cases}$$

+ additive en VL: +2,50D, ODG

Progressifs, anti-reflets

Dr. Kaouthar DGADEG
Ophtalmologiste
Rés. Palmier Bd. Brahim Roudani Entrée B9
1^{er} Etage, Appt. 3 - Tél: 0522 98 86 66
Casablanca



إقامة النخيل - 285، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1، شقة 3 - الدار البيضاء.
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim Roudani - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca
Email : blankavision@gmail.com : البريد الإلكتروني : Tél : 0522 988 866 : الهاتف

Mme KENFAOUI BAHJA

Date Facture: 08/02/2021
Facture N°: CH04-02-2021
Mutuelle: MUPRAS



DESIGNATION	QUANTITE	P.U HT	TOTAL HT
Une monture optique	1	250.00	250.00
Verres organiques progressifs multicouches	2	291.67	583.33
			833.33
TVA 20%			166.67
TOTAL TTC			1 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **MILLE DIRHAMS.**



Adresse: 26, Rue Normandie, Résidence Triangle D'Or, Quartier Racine 20060 Casablanca
Tel: +212 5 22 398159 – Email: optique.plazza@gmail.com
RC: 335583 – Identifiant Fiscal: 15283367 – Patente: 35793963 – CNSS: 4608701