

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.

Pathologie 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.

Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° M21- 0018902

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 67286 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (s)

Matricule : 5279 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ANBRY FATIMA EP. BENDANNA
Date de naissance : 1955
Adresse : 1 Rue AIN AGH BAL - Hay SALAM, CASABLANCA
Tél. : 0662555641 Total des frais engagés : 2250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Abdelaziz CHNANI Ophtalmologiste 14 Av. Kennedy Imm. An-nour SAFI Tel/Fax: 0524 2400 24
Date de consultation : 10/03/2021
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 : Le : 15/04/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10 MARS 2021		62	250	Dr. Abdelaziz CHNANI Ophtalmologiste 14 Av. Kennedy Immeuble An-nour 1er Etage SAFI - Tel/Fax: 0524.62.00.10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OPTIC DUASSAL RABIE Opticien Optométriste	27-03-2021	2000 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

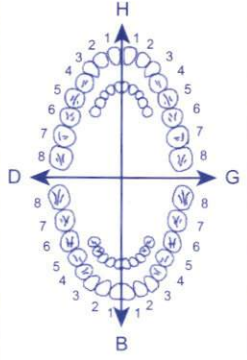
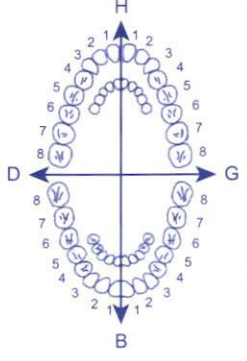
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'occlusion.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

MEDICAL RABII OPTIC

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

Ouassal Rabii

Diplômé de l'institut supérieur

d'Optométrie & de Médecine d'Optique

SAINT PETERSBURG



بصريات ربيع الطبية

اختصاصي في علم البصريات

و العدسة اللاصقة

واصل ربيع

خريج المعهد العالي لعلم البصريات

و الطب البصري

سان بيترسبورغ

N° 000551

FACTURE

DATE : Le 27-03-2014 POUR LE :
NOM & PRÉNOM : ANBRY Fatima
ADRESSE :
TÉL :

DÉSIGNATION		PRIX
MONTURE pour femme		500,00
OD L	+ 1,00 (-1,50; 100°)	750,00
OG L	+ 0,75 (-0,75; 80°)	750,00
SOUS TOTAL 1		2000,00
MONTURE		
OD P	ADD: + 2,50	
OD P		
SOUS TOTAL 2		
TOTAL		2000,00

Ventes progressives organiques
Anti-reflet

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille dinars

INP: 115019621 Bd HASSAN II, N° 5, Imm. ZIRATEX Tél : 0612-083-497 / SAFI

ICE: 00164966300044

IF: 66601773

RC: 16438

N°: PTT: 46757578

Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophtalmologiste



الدكتور عبد العزيز الشناني

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات اللاصقة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux

أسفي في: 10/03/2021
Safi le

MME ANBRY Fatima

MONTURE + VERRES DE LUNETTES :

PROGRESSIFS ORGANIQUES ET ANTIREFLETS

Oeil Droit : +1,00 (-1,50) à 100°, Addition + 2,50

Oeil Gauche : +0,75 (-0,75) à 80°, Addition + 2,50

MEDICAL EYE OPTIC
O H S O L L A B D I I
Opticien Optométriste

Dr. Abdelaziz CHNANI
Ophtalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage
SAFI - Tél / Fax : 0524.62.00.20