

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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-559748

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1599 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : épouse
 Nom & Prénom : EL NIR EL ABBOUBI
 Date de naissance : 20/06/1950
 Adresse : 16 Cite WAKANATI AIN-DIAB CASA
 Tél : 0661310985 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/05/2021
 Nom et prénom du malade : EL NIR Marie Christine Age : 72
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ophtalmologique
 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 : CASABLANCA

Le : 24/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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 Bonement des Actes
22.3.21	cs + KS	1	350,00	Docteur Maryem LAHRANI OPHTALMOLOGISTE 38, bd El Massira El Khadra - Casablanca Tél : 05 22.94.29.46 et 05 22 94 29 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ATLAS OPTICIENS DIPLOMÉS N° d'adhésion : 1091 Identifiant UNPE : 095007546 Identifiant CNSS : 2351914 - TV : 35701881 - IF : 1003696 RC : 72311 - CNSS : 35701881 - IF : 1003696 ICE : 001515084000057	07/04/2021	#6550,00#

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

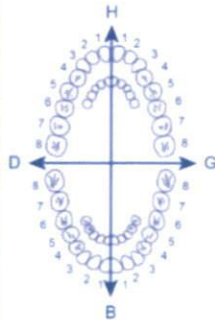
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
																									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES <div> <div> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE </div> <table> <tr><td>H</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td> </td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td> </td></tr> <tr><td>D</td><td> </td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td> </td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td> </td></tr> <tr><td>B</td><td> </td><td> </td></tr> </table> <div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة مريم العمراني
متخصصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريز

Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris

Casablanca, le 22 mars 2021

EL MIR Marie-Christine

ATLAS OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° autorisation 1091
Identifiant INPE 098007585
RC: 72311 - CNSS : 2351914 - TVA : 914261
Pte. : 35701861 - IF : 1003696
ICE : 001515084000057

LUNETTES : monture et verres antireflets (2 paires)

Vision de loin : OD : +2.00(80° -0.25)

OG : +2.25(90° -0.50)

Vision de près : add+2.50

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

LYNX OPTIQUE
CENTRE COMMERCIAL MOROCCO MALL
AIN DIAB CASABLANCA
TEL : 05 22 79 63 38
TEL: 05 22 79 63 37

07/04/2021

FACTURE N°: F21/7985

MME EL MIR MARIE CHRISTINE

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	2 050.00
OD : VERRE CORRECTEUR ORGANIQUE ANTIREFLET AMINCI	2 250.00
OG : VERRE CORRECTEUR ORGANIQUE ANTIREFLET AMINCI	2 250.00
<div>ATLAS OPTIQUE OPTICIENS DIPLOMES N° Autorisation: 1044 Identifiant INPE: 095007548 RC: 72311 - CNSS: 35701881 - PTE: 35701881 - TVA: 01000696 ICE: 001515084000057</div>	
Dont TVA (20%)	1 091.67
	6 550.00

SIX MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS

INPE : 095007548 / RC 72311 - TVA: 01000696 - PTE:35701881 - CNSS 2351914
ICE 001515084000057