

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

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

73038

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02220 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ERRAISSE AMIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663297955 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ANIMA 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-052509

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

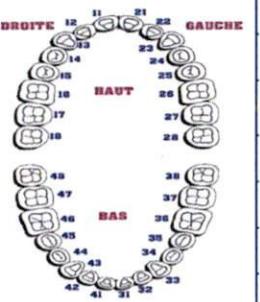
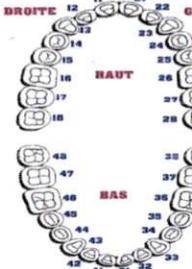
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H			
		D	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
VOLET ADHERENT		NOM : _____			Mme _____
DECLARATION N°		W18-353308			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-353308

DATE DE DEPOT

04.05.2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 02220

Nom & Prénom ERRAIS. AMINA

Fonction : _____ Phones. 06.63.28.73.55

Mail

MEDECIN

Prénom du patient ERRAIS. EP. KAMALI AMINA

Adhérent Cohabit. Enfant Age _____

Date 15.03.2021

Nature de la maladie :

Date 1ère visite

Coefficient des travaux

Montant des soins

PHARMACIE

Date _____

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : _____

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date 07.04.2021

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

1303,25 DHS

abinet d'Optique AYMIK
Wassila SAIDI
éthiopienne Optométriste

CA

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Début d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des travaux</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Date du devis</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin de</div>													
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																
		<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	D	H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table>	G				
D	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>																

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°		
W18-353307		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom

Fonction : Phones :

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

ERRAIS EP KARADJ Amel

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date 15.3.2024

Nature de la maladie

Date 1ère visite

AMEDO M

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

R		Omri
---	--	------

PHARMACIE	Date
-----------	------------

Montant de la facture	
-----------------------	--

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date :
--------------------------	--------------

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date :
----------------------	--------------

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

DR BADOUR Abdellatif
OPHTA 21, Rue Farhat Hached
Tel. 05 22 26 61 88

FACTURE

FACTURE N° : **58/2021**

CLIENT : **ERRAISS AMINA**

DATE FACTURE : **07/04/2021**

DESIGNATION		PRIX TTC
Montures :	1 plastique	700,00 DH
Verres :	OG1 verre de correction de pres 1.5 cefir	300,00 DH
	OD1 verre de correction de pres 1.5 cefir	300,00 DH
Nomenclatures : OD : +3.00 (-0,50 à 75°) , Add = +0.00 , Prisme = +0.00		
OG : +3.00 (-3.00 à 85°) , Add = +0.00 , Prisme = +0.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Cabinet d'Optique AYNIX
Wassila SAIDI
Opticienne Optométriste
TEL : 0537.28.28.39

Total TTC : **1 300,00 DH**

Total HT : **1 083,33 DH**

TVA 20% : **216,67 DH**

Frais de Timbres : **3,25 DH**

Montant Total Payé : **1 303,25 DH**



Code INPE

105006142

000045237000025

R.C: 88171 IF: 3343755 Patente: 277297632 CNSS: 8909139 ICE: 000045237000025
 Adresse: Residence Al Bahja Magasin 33 Av Al Majd CYM Rabat
 Tél : 0537.28.28.39 Fax : 0537.28.28.52 Email: contact@aynoptics.ma

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياد البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le 15-03-2021 في البيضاء

Madame ERRAISS EP KOURTOBI Amina

VERRES + MONTURE

DE LOIN

Oeil Droit : (75° -0,50) + 3,00

Oeil Gauche : (85° -3,00) + 3,25

Cabinet d'Optique AYNIX

Wassila SAIDI

Opticienne - Optométriste

Tél. 05 37 38 23 39 - Rabat

Dr. BADAOUI ABDELLATIF
OPHTALMOLOGISTE
Rue Ferhat Hachad
27, Casablanca
Tél. 0522 26 61 68



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.

E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouiaabdelatif.com - www.casablancalaservision.com