

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 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° P19-0005258

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3504 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN SIDI BRAHIM Date de naissance :
 Adresse : HAFIJA EL MEKINI 24 CASABLANCA
 Tél. : 06 62 91 38 82 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D^r Nour El Yakine Lahlou
 Médecin Ophtalmologiste
 124, Bd Rahal El Mekini - CASA
 Tél. 022 44 20 64 - 022 44 28 84

Date de consultation : 31/05/2021
 Nom et prénom du malade : BEN SIDI BRAHIM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Myopie, hypermétropie, astigmatisme
 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.

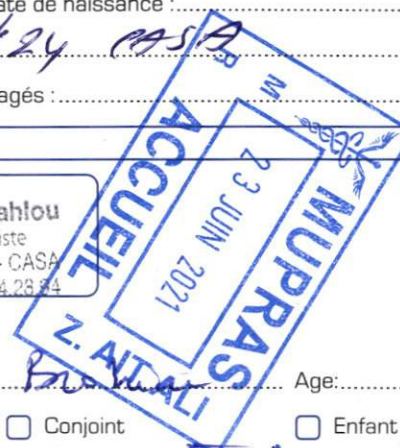
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / / Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

(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 Paiement des Actes
31/8/2021	dr		21500	


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

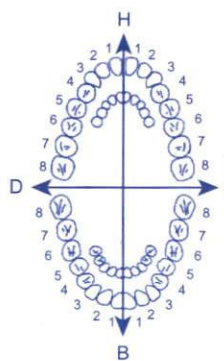
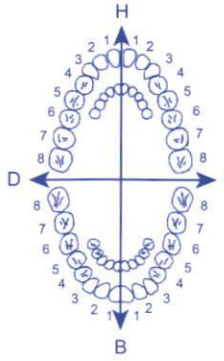
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/06/2021					21500

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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			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

CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لحلو صباح
Dr MBARECHE LAHLOU Sabah
Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée du CES d'Ophtalmologie
Université de Montpellier France
Ancien Médecin Spécialiste au
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca
Chirurgie Oculaire
Lentilles de Contact
Laser - Angiographie

INP : 091098152



001625125000060



Casablanca, le 31/1/2024

الدكتور لحلو نور اليقين
Dr LAHLOU Nourellyakine

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé du CES d'Ophtalmologie
Université de Montpellier France
Ancien Médecin Spécialiste au
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca
Ancien Médecin Chef et Chef de Service
à l'Hôpital Omar Idrissi Fès
Chirurgie des Paupières et annexes
Chirurgie des Voies lacrymales

INP : 091032979



001626216000091

Rx Beside Robinson

Rx 62mm $(90^\circ, -1) + 0,25$

Rx 62mm $(90^\circ, -1) + 0,25$

Rx 62mm $(90^\circ, -1) + 3,25$

Rx 62mm $(90^\circ, -1) + 3,25$

Rx 62mm $(110^\circ, -2)$

Dr Nourellyakine
124, Bd Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier benjdia Casablanca, CP : 20120
Tél: 022 44 20 64 - 022 44 28 94
Medecin Ophtalmologiste - CASABLANCA

OPTIQUE EL FATH
Opticien Optométriste
IF: 40178251 - RC: 377480
ICE: 0008056000089

124, Bd Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier benjdia Casablanca, CP : 20120

près de MARJANE ACIMA Liberté, L'OREAL et Maison VOLV

Tél. : 05 22 44 20 64 / 05 22 45 20 64 Tél. fax : 05 22 44 28 94 - E-mail : lahlou.nourellyakine@menara.ma

OPTIQUE EL FATH



نظارات الفتح

Bd. Moudibokeïta, Bloc «j» N° 83
Casa - GSM : 0661 97 79 82
Patente : 36616616

شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83
الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82
الباتانت : 36616616

FACTURE N° 009761

M: Bensidi Ibrahim Casablanca, le : 10/06/2021

N° de Nomenclature : 122-123

Docteur : Mbareche Cahlan Sabah

Monture: Optique 1200, 00

Verres: Transition R / AR 1,6

VL: (90 - 1,00) + 0,21 400, 00

OD: 400, 00

OG: (110 - 2) - 3,00

VP:

OD: (90 - 1,00) + 3,21 216, 00

OG: (110 - 2,00) 216, 00

Total :

2100 00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Deux Mille Cinq Cents

OPTIQUE EL FATH
Opticien Optométriste
IF: 40178251 - RC: 377480
ICE: 10008056000089