

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.

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- 054844

83284

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8462 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAITI Mohamed

Date de naissance : 23/8/1921

Adresse : H.

Tél. : 0689253800 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09/2021

Nom et prénom du malade : HAITI MOHAMAD Age :

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

Nature de la maladie : Anématis au pef

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° P19-054844

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 :

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
04/09/2019	esopt. h. f. m.	250,000/1		
	1240 puchymul	100,000/1		

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	
Opticien Optométriste Bd. Moudibokeita, Bloc 1 N°8 - Casablanca GSM : 06.64.96.72.60	8/05/2019					28000/1

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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>		H			H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				
	H		H																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. Saadi Rokia

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabisme - Lentilles de Contact

Laser - Angiographie . O.C.T

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancienne Ophtalmologiste

à l'Hôpital des Spécialités - Rabat

Ex Chef de Service d'Ophtalmoplogie à l'Hôpital

Moulay Youssef de Casablanca (ex Sofi)

Tél : 05 22 44 04 09 - Fax : 05 22 44 45 84

الدكتورة رقية السعدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

حول العين

أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

خريجة كلية الطب بتولوز

طبيبة بمستشفى الإختصاصات بالرباط سابقا

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى مولاي يوسف

بالدار البيضاء (الصوفي سابقا)

الهاتف : 05 22 44 04 09 - الفاكس : 05 22 44 45 84



Casablanca, le : 24/04/2021 في الدار البيضاء،

HAITI - MOUAD

Lunettes à fort indice - organiques
antireflets (aminclis)
OD = $(180^\circ - 2,50) - 4,25$
OG = $(165^\circ - 2,50) - 4$

OPTIQUE FADDOUL
Opticien Optométriste
Bd. Moudiboketta, Bloc "J"
N°8 Casablanca
GSM : 06.64.96.72.60

Dr. Saadi Rokia
Maladies Ophtalmologiques
et Chirurgie des Yeux
8, Bd. Khouribga Place de la Victoire
2ème Etage N°11 Code Postal 20110
Tél : 05 22 44 04 09 - Casablanca

8. شارع خريبكة - ساحة النصر - الطابق الثاني - رقم 11 - الرمز البريدي 20110 - الدار البيضاء

8, Bd Khouribga - Place de la Victoire 2ème étage - N°11 Code Postal 20110 - Casablanca

Dr. Saadi Rokia

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Strabisme - Lentilles de Contact
Laser - Angiographie . O.C.T
Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse
Ancienne Ophtalmologiste
à l'Hôpital des Spécialités - Rabat
Ex Chef de Service d'Ophtalmologie à l'Hôpital
Moulay Youssef de Casablanca (ex Sofi)
Tél : 05 22 44 04 09 - Fax : 05 22 44 45 84



الدكتورة رقية السعدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

حول العين

أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

خريجة كلية الطب بتولوز

طبيبة بمستشفى الإختصاصات بالرباط سابقا

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى مولاي يوسف

بالدار البيضاء (الصوفي سابقا)

الهاتف : 05 22 44 04 09 - الفاكس : 05 22 44 45 84

Casablanca, le : 04/09/2021 في: الدار البيضاء،

HAITI - Nouad.

l'acte cote à K₁₀ correspond à
la pachymétrie corneenne + TT
soit K₁₀ = 100 D/K

Dr. Saadi Rokia
Ophtalmologue
Maladies et Chirurgie des Yeux
8, Bd Khouribga Place de la Victoire
2ème étage N° 11 Code Postal 20110
Tél. 05 22 44 04 09 - Casablanca



بصريات فضول OPTIQUE FADDOUL

FACTURE

N° 001182

Bd. Moudiboukita Bloc J N° 8 - Casablanca

Tél.: 0664 967 260 - 0662 677 780 - 0664 962 642

Patente N° 36616670

DATE:

CLIENT:

TEL:

EXAMINE PAR:

V - LOIN

SPH

CYL

AXE

OD

OG

V - PRES

SPH

CYL

AXE

OD

OG

MONTURE

VERRES

TOTAL

Arrêtée la présente facture à la somme de :

OPTIQUE FADDOUL

Opticien Optométriste

Bd. Moudiboukita, Bloc J

N°8 - Casablanca

GSM: 06.64.96.72.60