

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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° M21- 0010288

83749

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8135 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELAOURFI Jamila
Date de naissance : 31/07/1985
Adresse : Bd bic anzarane, Rue Ibn abi sahl Maarif
Tél. : 0650627822 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 03/07/2021
Nom et prénom du malade : CHINAN ZAKORIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : REFRACTIV
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) :

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
03/07/2021		CS	300,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيدلية شعبي Pharmacie CHAABI Mme CHAABI. K Rue Nouhass El Nahoui, Maârif Tél: 0522 99 09 22 - Casablanca	03/07/2021	75,70

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	
Optique - Optométriste 29, Rue Pt. El Bekkay Q.I. - AGADIR Tél: 05 28 84 79 18	19/07/21					600,00

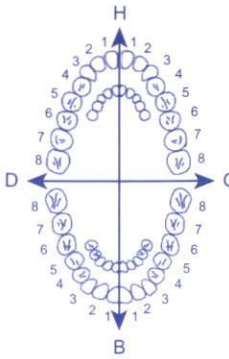
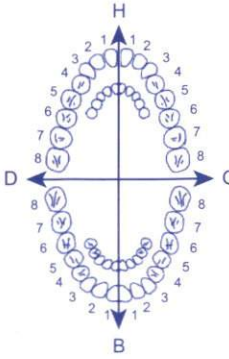
645000122

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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Docteur Abderrahman LAAYOUNI

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agrée pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتور عبد الرحمان لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - ليزر - أنجيوجرافي

خريج جامعة منبويلي

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le 03/07/2021. الدار البيضاء، في

CITINAN ZAKARIA

1)

vous de
anti U.V



RD = (171° - 1) - 2°25
RW = (172° - 1°25) - 2°

75,70

2) ZALERG SV

1

Dr. ABDERRAHMAN LAAYOUNI
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Agrée pour permis de conduire
CASA
Tél: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

صيدلية شعبي
Pharmacie CHAABI
Mme CHAABI. K
Rue Mouhass El Nahoui, Maârif

ATT SASSI OPTIQUE
Quai de l'Industrie - Agadir
29, Rue Pt El Berkani
Q.I. - AGADIR
Tél: 05 28 84 79 19

05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28 : الهاتف - الدار البيضاء - المعاريف - الطابق الثالث - شارع يعقوب المنصور - 8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3^{ème} Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

AIT SASSI OPTIQUE

29 RUE PDT EL BEKKAY Q.I

AGADIR

TEL : 05.28.84.79.18

Email : aitsassioptic@gmail.com

AGADIR LE : 19/07/2021

FACTURE: 00484/21

NOM : CHINAN ZAKARIA

DOCTEUR : LAAYOUNI ABDEEAHMAN

Qte	DESIGNATION	NOMENCLATURE	MONTANT
02	VERRES ORMA AR BLEU	408/408	400.00
01	MONTURE OPTIQUE		200.00
			600.00

" SIX CENT DIRHAMS "

RC : 28128 - PATENTE : 48106901 - TVA : 258333 - I.F : 75734900 - ICE :001813031000086 - INPE : 045000122