

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

- Réclamation : 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 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° W19-481886

86185

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6517 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : KOUNDA WATHO
 Date de naissance : 21-01-1956
 Adresse : BLD ABDELHADI BOUTALER RES EMERALDES
 APT 002 SINDIBAD CARRA
 Tél. : 0661178167 Total des frais engagés : 6500= Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 09 / 09 / 2021
 Nom et prénom du malade : RASSIFI LATIFA Age : 63 ans
 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 : CASRA Le : 09 / 09 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-481886

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 : 6517
 Nom de l'adhérent(e) : KOUNDA
 Total des frais engagés : 6500=
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/09/2021 | vs | - | 320 | INP : |

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 Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 08/09/2021 | | | | | 6200 |

OPTIC
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine
N°452 - Casablanca
Tél: 66-22-60-34-39-GSM:06-69-00-97-85

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 :

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

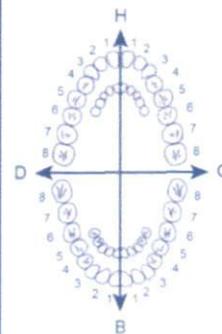
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



| |
|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd. Youssef Bno Tachfine Hakam 1
N° 454 - EL Hay Mohammédi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428



N° 003848

نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1
رقم 454 - الحي المحمدي

الهاتف : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

البانتا : 32825428

Ordonnance de M. Le Docteur :

Daïss Abderrahmane
موساوي عبد الحميد

N° de Nomenclature

095012357

Correspondant à la prescription

| | | | |
|------|----------------------------|------|--------------------|
| LOIN | O.D. : +2.50 (+1.00 à 15°) | PRES | O.D. : |
| | O.G. : +2.25 (+1.25 à 16°) | | O.G. : Add = +2.50 |

FOURNITURE

Monture : 1 Monture

optique

Verres : 2 verres progressifs

correcteurs

Etuis :

Total :

1 x 1800 1800,00

2 x 2200,00 4400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 08/09/2021

M. ou M^{me} : *Rassifi Latifa*

OPTIQUE GHITA

Opticien Optométriste

Bd. Youssef Bno Tachfine

N° 452 - Casablanca

Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 69 00 97 85

ICE : 001789511000067 - IF : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE

Docteur S. Sadighi
Ophthalmologue

Diplômé de l'Université de PARIS
Ancien Assistant de la Fondation
ROTHSCHILD

Maladies et Chirurgie des Yeux
Myopie Hypermetropie Astigmatisme
et Presbytie (Blended vision)
Par Laser EXCIMER et Lasik
avec Femtosecond - Flex

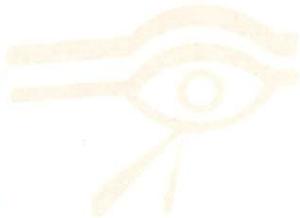
Cataracte par Phaco

Laser ARGON MULTISPOT et YAG - Laser SLT

Angiographie Numérisée

Topographie et Pachymétrie

Traitement de Glaucome au Laser Diode



الدكتور صديغي ش
صيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابقا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
بأشعة الليزر إكسيمر ولازيك
جراحة عدسات العين (الجلالة)
لازير أركون و ياكتر
علاج الجلوكوما الليزر ديود

Sur rendez-vous

2021/09/07

بالميعاد

ou RASSIET

Handwritten signature and stamp: "L. Sadighi" and "Centre d'Ophthalmologie et de Chirurgie Oculaire Ambulatoire".



090002023

D. 1.00

OD: (15° + 1.00) + 2.50

OC: (163° + 1.25) + 2.25

D. 2.75

OD: 2.75 + 2.75

Handwritten signature and notes at the bottom of the prescription.

OPTIQUE OPTICISME
Opticien B.d. Ibn el Kachfine
Hakeim 1 - Casablanca
N° 452 - Casablanca
Tel: 05 22 27 31 45 - 05 22 26 36 31