

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° W19-547503

8.6.521

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>Q561</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>KAZMANE Ghali</u>			
Date de naissance : <u>11.01.70</u>			
Adresse : <u>236 3^e Yacoub el moussem</u>			
Tél. : <u>0653750568</u>	Total des frais engagés : <u>1420,00</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>20/07/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>KAZMANE Ghali</u> Age : <u>2007</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Affection oculaire</u>			
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 : Copie

Signature de l'adhérent(e) [Signature]

Le : _____ / _____ / _____

RELEVE 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
2010 + 12021	5	300 dh	INP : 991113316	YARA * 01/01/2017

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADES 3, Rue Léonard de Vinci - BP 100 - Casablanca - Maroc - Tél : 05 22 33 51 47 Email : adestransport@msn.com	20/10/2017	20.00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

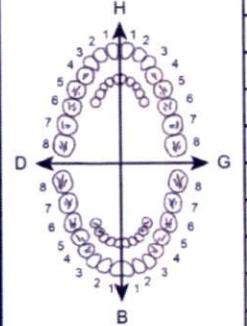
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PHARMA OPTIQUE	20/10/2017	100	100	100	100	750
		100	100	100	100	350
						TOTAL
						1100 dh

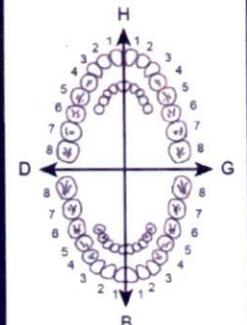
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

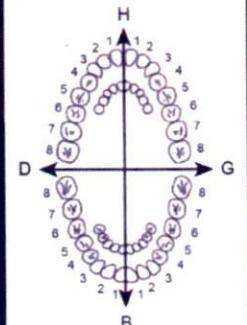
Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				_____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DATE DU DEVIS _____
				DATE DE L'EXECUTION _____

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553
	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553
	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

*Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie du strabisme
Lentilles de contact*

الدكتورة مياره نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال
علاج وجراحة الحول
العدسات اللاصقة

Casablanca, le 20 juillet 2021

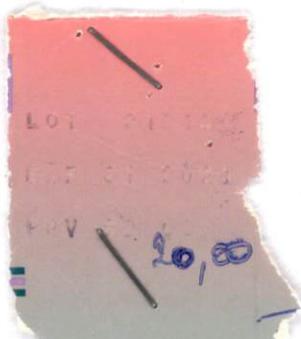
..... KAZMANE Ghali

20 ♂
CORRECTOL



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10
jours

PHARMACIE LES ARCADES
Dr. N. KISSI
3, Rue Rouiset, Rue d'El Jadida, Oulala - Casa
Tél : 05 22 95 50 31 - Fax : 05 22 95 50 47
E-mail : pharcades.com



pharma

OPTIQUE

FACTURE

FACTURE N° : **123/2021**

CLIENT : **KAZMANE GHALI**

DATE FACTURE : **14/09/2021**

DESIGNATION		PRIX TTC
<u>Montures</u> :	<u>1</u> OPTIQUE	750,00 DH
<u>Verres</u> :	<u>OG1</u> ORGANIQUE ANTIREFLET	175,00 DH
	<u>OD1</u> ORGANIQUE ANTIREFLET	175,00 DH
<u>Nomenclatures</u> : OD : +0.50 (-0.50 à 180°) , Add = +0.00 , Prisme = +0.00 OG : +1.50 (-1.50 à 170°) , Add = +0.00 , Prisme = +0.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

MILLE CENT DIRHAMS TTC

Total TTC : **1 100,00 DH**

ICE : 001579536000033

PHARMA OPTIQUE

Total HT :

916,67 DH

Opticienne Optométriste Diplômée
735, Bd Yaâcoub El Mansour
Rés Al Anfale - Casa
Tél 05 22 36 85 76

TVA 20% :

183,33 DH

Opticienne Optométriste Diplômée
735, Bd Yaâcoub El Mansour
Rés Al Anfale - Casa
Tél 05 22 36 85 76

Frais de Timbres :

2,75 DH

Montant Total Payé :

1 102,75 DH



095004461

R.C 92631 IF 2222044 Patente 34819120 CNSS 6066460



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Nezha MIYARA

Ophthalmodie pédiatrique
Chirurgie du strabisme
Lentilles de contact

20 juillet 2021

KAZMANE Ghali

الدكتورة مياره نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال
علاج و جراحة العول - العدسات اللاصقة

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = + 0.50 (- 0.50 à 180°)

OG = + 1.50 (- 1.50 à 170°)

