

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Declaration de Maladie

N° W19-574346

91070

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11383 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : décédé

Nom & Prénom : HACHMAOUI HICHAM

Date de naissance : 09/08/1976

Adresse : Bd OUMRABT, RES FIRAS, App 10, OULFA
CASABLANCA

Tél : 0694 63 87 30 Total des frais engagés : 3150.00 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/08/21

Nom et prénom du malade : HACHMAOUI HICHAM

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : correction optique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le message confidentiel à l'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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
23/09/21			250DH	INP : 091015461
				Docteur SABIR Nadia
				Ophtalmologiste
				633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne
				1er Etage N°7 - Casablanca
				Tel : 05 22 27 42 76 - 06 66 95 83 34
				Urgence : 06 70 81 76 03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

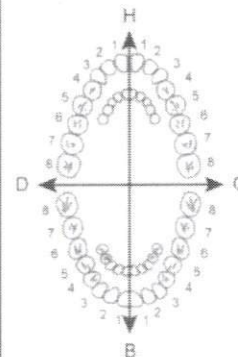
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

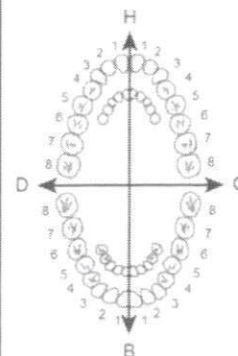
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIMA VISION OPTICIEEN Mme Ayou Kacem Kolbari RC 1292952 Tel : 06 33 28 63 80	12/09/21		Equipe optique			29 000 DH facture SVP

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur SABIR Nadia

Ophtalmologiste



الدكتورة صبير نادية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

237-812-1

Casablanca, Le

Mlle Khaoula.

Hachmaoui

OPTIMA VISION
OPTICIEN
Rue Abou Kacem Koulbari
BP: 23282
Tél: 05 22 23 63 80

vers pour VL

OD = -3 (-0,25 = 180°)

OC = -3 (-0,25 = 170°)

Docteur SABIR Nadia
Ophtalmologiste
633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne,
1er Étage N°7 - Casablanca
Tél: 05 22 27 42 76 - 06 66 95 93 34
Urgence: 06 70 81 76 03

vers
authrefel
on the

633 شارع كلميمة, حي بوركون, الطابق الأول رقم 7, الدار البيضاء

633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne, 1er Étage N° 7 - Casablanca

Consultation : 05 22 27 42 76 / 06 66 95 93 34 - Urgence : 06 70 81 76 03 - E-mail : 1972nsabir@gmail.com

Optima Vision

Angle Rue Abou Kacem Kotbari
Et Place du Marché Badr – Bourgogne
Casablanca – Maroc –
Gsm : 0633236380
Fax : 0522 471522

M^{lle} KHAOUA HACHIMAOUI

Casablanca le, 30 OCTOBRE 2021

FACTURE N°: 816/21

Intitulé	Quantité	Prix
MONTURE OPTIQUE	1	1409,00
VERRE ORG BLC N=1.61 ROSENSTOCK $\phi 70$ OP= -3,00 (-0,25 x 165°)	1	750,00
VERRE ORG BLC N=1.61 ROSENSTOCK $\phi 70$ OG= -3,00 (-0,25 x 165°)	1	750,00
T.T.C		2909,00
REMISE		
TOTAL		2909,00

Arrêtée la facture à la somme de : Deux Mille Neuf Cents 09/10

Payé le 30/10/2021

OPTIMA VISION
OPTICIEN
Rue Abou Kacem Kotbari
Rég : 292952
Tel : 0522 471522 / 0633 23 63 80