

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.

Biologie 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° M21- 064993

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : S822 Société : 3A38A

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUATROUSS Rabin

Date de naissance : 17-07-61

Adresse : 7, Rue Beckmans val de l'Après quartier des Hôpitaux

Tél. : 0661215000 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : diabète

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
6-10	25 91	5	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Rature
Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél/Fax : 0522 27 65 88	06/10/21	260,00

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	
	03/11/21					5900,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

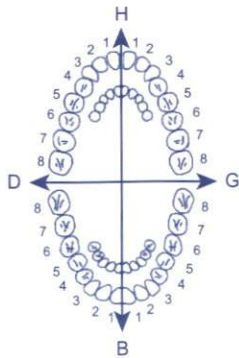
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
وجراحة العيون

Casablanca, le..06/10/2021.....

Mme BOUATROUSS Rabiaa

Lunettes pour VL et vP

Verres organiques progressifs antirefletes

VL : OD = Plan (- 1.00 à 90°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 85°)

VP : OD = Add : + 2.50

OG = Add : + 2.50

HY-FRESH



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Mme. SEKKAT Laila
4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax : 0522 27 65 80

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Cornéenne - Kératocône - Lentilles
Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

OPTIQUE LA ROTONDE

379, Rue Mustapha El Maani
CASABLANCA 20000
05 22 22 53 78
RC 275446 Patente 34202486
ICE:001806341000005
INPE:095002325

CASABLANCA , le : 03/11/2021

FACTURE N°4098

Mme BOUATROUSS Rabiaa

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 MONTURE OPTIQUE	900.00
1 VERRE PROGRESSIF NIKON IMPORTATION ORGANIQUE AMINCI 1.6 ANTIREFLET ANTI UV BLEU.	2 500.00
1 VERRE PROGRESSIF NIKON IMPORTATION ORGANIQUE AMINCI 1.6 ANTIREFLET ANTI UV BLEU.	2 500.00
<u>VISION DE LOIN</u> OD :Plan (-1.00 à 90°) OG :+0.75 (-1.25 à 85°) ADD: +2.50	

Dont TVA (20%)

983.33

TOTAL TTC

5 900.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cinq mille neuf cents Dirhams

MODE DE PAIEMENT : EN ESP

OPTIQUE LA ROTONDE
Opticien Optométriste
379, Rue Mustapha El Maani
- Casablanca -
Tel : 05 22 22 53 78 Fax : 05 22 27 11 07