

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.

Diagnostic 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- 0054871

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NASR SALAH
Date de naissance : 01/01/1952
Adresse : Rue 33 N° 36 ALI AL OULFA CASA
Tél : 06 62 80 73 55 Total des frais engagés : # 3977,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2021
Nom et prénom du malade : NASR SALAH Age: 69
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Amétropie
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 : CASA

Le : 23/12/2021

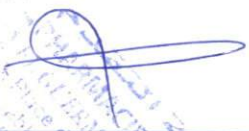
Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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
14/12/2021	C3		3000H	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/12/2021	77,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

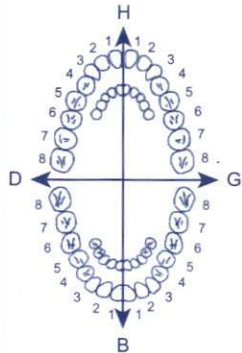
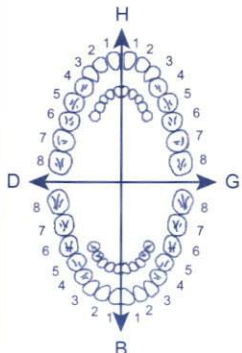
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23.12.2021					36001,00

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 D 00000000 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 G 00000000 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عویسی . ن

و جراحة العيون
الطب والصيدلة بالدار البيضاء
بى الجامعي بنات (فرنسا)
ة) بالأمواف فوق الصوتية
ي- جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

NASR Sult



2. **Psychologie**

Abdelhakim Abdou

Professeur
Boulevard Kous
Tél: 05 22
Fax: 05 22

Projet de loi
à l'Assemblée
Résidence
Mica - Tathé

Casablanca 1251 +

9-11/25

10/10/2019

125) 4/

0-11/2

26

1. 273

Nadia

16.00

en Op
ward Abdo
Koutoub
5 22 99 46

Tél/fax: 05 2

et El M.
 opatente.

357160

Étapes de la planification

15 UNO 77-NINE

...CENTER

76, Bd. Abdelmoumen-Résidence Koutoubia, 1^{ère} Ét.

Tél : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

STÉ OPTIQUE BILIN-CENTER
N°121 Angèle Badiou
et El Massira
N°Patente: 35716001
Casablanca
Tél: 05 22 99 46 00
Fax: 05 22 99 46 00



OPTIQUE TWIN CENTER

بصريات توين صونطر



OPTICIENNE, OPTOMÉTRISTE
DIPLOMÉE DE L'INSTITUT SUPÉRIEUR
D'OPTOMÉTRIE ET D'OPTIQUE DE
CONTACT - BRUXELLES (I.O.R.T)

إختصاصية في البصريات والعدسات اللاصقة
التخرج من المعهد العالي للبصريات
(I.O.R.T) بروكسل

FACTURE N° : 08223

CLIENT M^r NASR Salah

DATE : 23-12-2021

DOCTEUR: N. LAOUISSI

QTS	NOMENCL	DESIGNATION		PRIX
1		MONT	Monture	500,00
		TYPE VERRE	Organique photographique antireflet.	
1		V.L	OD: +1,00 (-1,25 à 90°)	600,00
1			OG: +1,00 (-1,25 à 80°)	600,00
			ADD :	
1		MONT	Monture	500,00
		TYPE VERRE	Organique blanc antireflet filtre bleu aminci	
1		V.P	OD: +3,75 (-1,25 à 90°)	700,00
1			OG: +3,75 (-1,25 à 80°)	700,00
		NET A PAYER		3600,00

MODE REGLEMENT: chèque

Arrêtée la présente Facture à la Somme de : Trois mille six cents

Dirhams

Dont T.V.A 20% :

STÉ. OPTIQUE TWIN-CENTER
N°121 Angle Bd. Zerkouni
et El Massira - Casa
N°Patente 35716001

ICE: 000168272000039

121, Twin Center - RDC - CASABLANCA

Tél. : 05.22.95.80.26 - Fax : 05.22.95.80.27

I.F. : 01003944 - R.C. : 93865001 - Patente : 35716001

INPE 095002093