

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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



103800

Déclaration de Maladie : N° P19-0020213

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1931 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOLIGHALE ABDELHAFID Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06 68 24 26 02 Total des frais engagés : 3900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1^{er}, 2^{ème} Etage
Casablanca - E-mail : diana.bennani@gmail.com
Tél. : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67

Date de consultation : 14 / 02 / 2022
Nom et prénom du malade : M. BOLIGHALE ABDELHAFID Age : 58
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection MUPRAS
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 : Casablanca Le : 15 / 02 / 2022
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
14/02/2022	C5		300-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/02/2022	3600,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

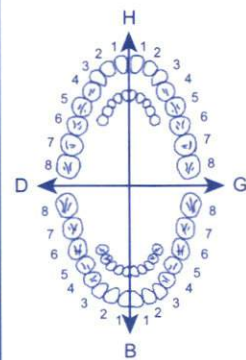
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 </div> <div> 00000000 11433553 </div> </div> B			Coefficient DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Nadia BENNANI

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خريجة كلية الطب بباريس
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 14 février 2022

Mr. BOUGHALEB Abdelhafid

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL :

OD = Plan (- 0.75 à 60°)

OG = + 1.00 (- 0.75 à 85°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

PROJECT VISION
Opticien - Optométriste
HAOUAS B TESAM
53, Bd. Bordenoux 32 - Casablanca
Tél : 05 22 48 630 / 06 61 68 48 04

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er, 2ème Etage
Casablanca - E-mail : diana.bennani@gmail.com
Tél. : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67

Project Vision

Facture

53, Boulevard de Bordeaux, Sidi Belyout
Casablanca, 20000
+212 (0)522 48 79 30
+212 (0)621 60 60 19



DATE: 15-02-2022
facture # 202202151206

Facturer à :

BOUGHALEB ABDELHAFID

DESCRIPTION	Quantité	P.U/TTC	Prix Total TTC
Monture optique	1.00	600.00 MAD	600.00 MAD
Verres correcteurs progressifs	2.00	1 500.00 MAD	3 000.00 MAD

PROJECT VISION
Opticien - Optométriste
HACQUAS ISTISSAM
53, Bd. Bordeaux N°32 - Casablanca
Tél : 0522 48 79 30 / 06 61 68 49 04

Règlement par virement sur le compte bancaire suivant :

Banque: AttijariWafa Bank Casa Ziraoui

Numéro de compte: 007 780 000 769 5000 000 083 42

Nom du propriétaire du compte: Project Vision

Code BIC/SWIFT: BCMAMAMC

Montant Total à payer à l'ordre de Project Vision :

Mode de paiement :

Montant HT	3 000.00 MAD
% TVA	20.00%
Montant TVA	600.00 MAD
Autre	0.00 MAD
TOTAL TTC	3 600.00 MAD

Trois mille six cents dirhams

Espèce