

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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° M21- 074282

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1658 Société : RAS 105999

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHRA DY MUSTAFA

Date de naissance : 1957 /

Adresse : Casablanca

Tél. : 0664140732 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mourad EL RADIL
OPHTALMOLOGISTE
76, Bd La Grande Ceinture Résidence
EL Kheir, Appt 112 - 1er Etage
Hay Mohammadi - Casa
Tél: 05 22 61 24 52

Date de consultation : 23. FEV. 2022

Nom et prénom du malade : MAHRA DY - Mustafa Age:

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

Nature de la maladie : Mle de reflux

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 : 01/3/22

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 FEB. 2022

250 m

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 Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

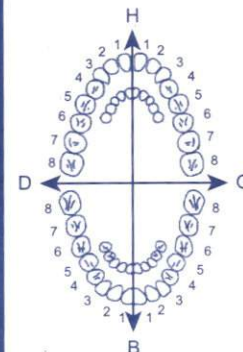
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

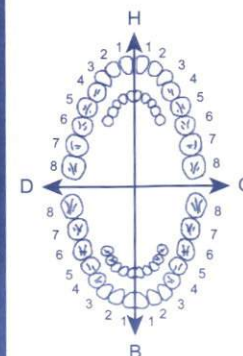
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL FADIL Mourad
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des yeux

Laser - Angiographie des yeux
Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophtalmologie



الدكتور الفاضل مراد

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة
تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية
لطب العيون

23 FEV. 2022

Casablanca, le في الدار البيضاء،

M. MAHRAJY Mostafa

MONTURE + VERRES POUR LA VISION DE LOIN:

Oeil Droit : - 025. (- 2 à 90)

Oeil Gauche : - 025. (- 275 à 90)

ADDITION VISION DE PRES:

+ 225.

LENTILLE REFLET SARL
OPTICIEN-OPTOMETRISTE
MAG N° 112 REZ DE CHAUSSEE
RES ALFAJOUR AV ABOLIM KRAK OULFA
TEL: 05 22 61 24 52 CASABLANCA

Dr. Mourad EL FADIL
Ophtalmologiste - Résident
76, Bd. La Grande Ceinture 1^{er} Etage
Hay Mohammadi - Casa
Tél: 05 22 61 24 52



FACTURE N° : 85
DATE : 01/03/2022

LENTILLE REFLET SARI
OPTICIEN-OPTOMETRISTE
MAG N° MA2 REZ DE CHAUSSE
RES ALFARA/AVABOIRAKRAOULFA
Tél: 06 73 89 86 75 LASABLANCA

RDC Résidence Alfaraj Avenue Abou Rakrak - Oulfa - Casablanca

R.C : 424307 - Patente : 31200643 - IF : 33650582 - CNSS : 1366523 - ICE : 002210501000088

Tél : 06 73 89 86 23 - E-mail : lentille.reflet@gmail.com