

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Réclamation | : contact@mupras.com |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Le 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

Nº M21- 074282

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1658

Société : Rot 105999

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : MAHRA DRY MOSTAFA

Date de naissance : 1957

Adresse : Casablanca

Tél. : 0664110732

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mourad EL FADIL
OPHTAMOLOGISTE
76,Bd La Grande Ceinture Résidence
EL Kheir,App 112 -1er Etage
Hay Mohammadi Casablanca

23 FEV. 2022

Date de consultation : 23 FEV. 2022

Age: 61

Nom et prénom du malade : MAHRA DRY MOSTAFA

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie de refroidissement

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 : 01/3/22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/12/2022 | (2) | | 250 | DR. MOHAMMED BEN YOUSSEF OPHTALMOLOGISTE Sous Licence 122522672452 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| L'ENTILLE REPLET SARL OPTICIEN-OPTOMETRISTE MAGASIN 2A REZ DE CHAUSSEE RES A LA JARAJAHABIA KOUFOU 01/12/2022 | 01/12/2022 | | | | | 1900 |

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Sqins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|--|----------------------|---------------------------|---|
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | G 35533411 11433553 | 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



الدكتور الفاضيل مراد

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Laser - Angiographie des yeux

Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophtalmologie

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة ·
تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية
لطب العيون

23 FEV. 2022

Casablanca, le الدار البيضاء، في

M. MAHRAjj. 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

LENTELE REFLET SARL
OPTICIEN-OPTOMETRISTE
N°44 N°44 ZREZ DE L'CHAUSSE
RES ALFAJJ AV ABOU TAKHAKOULFA
Tel: 06.25.89.80.23 CASABLANCA

Dr MOURAD EL FADIL
OPHTALMOLOGISTE
Residence EL Khair 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi Casablanca
76, Bd La Grande Ceinture 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 05 22 51 24 52

إقامة الخير 76 ، شارع الحزام الكبير الطابق الأول رقم 112 - الحي المحمدي - الدار البيضاء - (جانب قيسارية عزيزة)

Résidence EL Khair - 76, Bd. la Grande Ceinture 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca

Tél. : 0522 61 24 52 - (à coté du kisssariat Aziza)



Parce que la vision est le reflet de votre identité

MR MAHRADY MOSTAFA

FACTURE N° : 85

DATE : 01/03/2022

| Désignation | Qté | Prix Unit. | Valeur | TVA |
|---|----------|------------|-------------|-----|
| OD : VERRE ORGANIQUE ANTI-REFLET PROGRESSIF | 1 | 1500 | 1500 | 20% |
| OG : VERRE ORGANIQUE ANTI-REFLET PROGRESSIF | 1 | 1500 | 1500 | 20% |
| MONTURE OPTIQUE | 1 | 1200 | 1200 | 20% |
| OD -0.25(-2.00 A 90) | | | | |
| OG -0.25 (-2.75 A 90) | | | | |
| ADD +2 25 | | | | |
| Total | 3 | | 4200 | |

LENTILLE REFLET SARL
OPTICIEN-OPTOMETRISTE
MAG N° MA2 REZ DE CHAUSSÉE
RÉS ALFARA AV ABOU RAKRAK OULFA
Tél: 06 73 89 86 23 CASABLANCA

| Total H.T. | Total TVA | Total T.T.C. |
|------------|-----------|--------------|
| 3500.00 | 700.00 | 4200 |

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