

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 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- 0000528

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2205 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AHMED AKHDI

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 51 BD OMA AL KHYAM

CITE SMIRA LJA CASA

Tél. 066466867 Total des frais engagés : 323,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Bouchra KARI
OPHTALMOLOGISTE
33, Bd Atlas 2ème Etage - Lot Esmeralda
Hay Laymoune - Casablanca
Tél. 05 22 92 89 22

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2022

Nom et prénom du malade : ED DAYANI FATIHA Age : 52

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

Nature de la maladie :

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 : / /

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 Règlement des Actes
01/04/2022	CS+FO		250,00	<p>Docteur BOUSSEKRI OPHTALMOLOGISTE 33, Bd Atlas 2^{ème} Etage - Lot Esmeralda Hay Laymoune - Casablanca Tél : 05 22 59 89 23</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE SARANAZ S.A.R.L. A-U 140 Lot Smirakda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07</p>	01/04/2022	250,30

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	
<p>VIENVOLE OPTICIEN ORTHOMETRISTE Lot Moustakbari n° 186 N° 2 Sidi Maarouf - Casablanca Tél : 0522 97 49 27</p>	09/04/2022		Monture + lenc			3200,00 DH

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 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bouchra KARI
OPHTALMOLOGISTE



الدكتورة بشرى كاري
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien médecin interne à l'hôpital Universitaire, Ibn Rochd
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Ancien médecin à l'hôpital du 20 Août
Ancien médecin, Hôpital Rothschild Paris
Médecin agréée pour permis de conduire

Casablanca, le 01 avril 2022 في الدار البيضاء،

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون
طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
طبيبة سابقا بمستشفى غوتشيلد بباريس
طبيبة معتمدة لرخصة السياقة

Mme ED DAYANI FATIHA

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA

LOT/ عيار: H7485
FAB/ تاريخ الإنتاج: 07-2021
EXPI/ تاريخ الانتهاء: 06-2023

AMM N° 728/16DMP/21/NRC
6118001270354

PPV : 75,00 DHS

OD = + 1.25

OG = + 1.25

ODG = Add : + 2.50

1/ LEVOPHTA COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour
(agiter avant application), pendant 1 Mois

2/ AQUALARM COLLYRE

1 goutte 4 fois/jour, pendant 1 Mois

3/ ICOMB COLLYRE

1 goutte 4 fois / jour, pendant 7

أيكومب
Icomb®

Lot:

Fab:

Exp:

PPV: 30 DH 30

yeux secs, fatigués

PPC : 145,00 DH

33, تجزئة إزميرالدا - شارع أطلس، حي الليمون، الطابق الثاني - الدار البيضاء

(قرب محطة الطرامواي ليساسفة النهاية) - Près du café mon ami

Tél.: 0522.59.89.23

FACTURE 163/022

M. EDDAYANE FATEHA

1)	Monture	1200
2)	Verre Torique sphérique	
	Orga-minérale Ø Antireflet progressif	2000
	Nomenclature	
	TOTAL	3200

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois Mille

Deux Cent Dix-huit

(TVA 20 % Incluse)

VIENVOIR
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Lot Moustakbal Imm A86 N° 2
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 97 49 37

Lotissement Moustakbal Imm A86, N° 2 Sidi Maarouf - Casablanca
RC: 359672 / Patente: n° 36142568 / IF: 50742568 / ICE: 001031480000001
Tél.: 0522 97 49 37