

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.

Radiologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-686466

11.2890

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12708	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BATTAOUI NABIL			
Date de naissance : 09/09/1986			
Adresse : Bd ouled haddou Rés. Niamer Imm A			
Appt 13, California, CASABLANCA			
Tél. :	0669 637 442	Total des frais engagés : 3300,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Lamyae BOURHALEB Ophthalmologiste 421, Bd Abdellah Ben Reme Etage N° 12 Casablanca Tel. 0522.86.54.29			
Date de consultation 09/03/2022			
Nom et prénom du malade : BATTAOUI NABIL Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Refraction			
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 : 09/03/2022			
Signature de l'adhérent(e) : R. BOUZACHANE			



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 Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>UNSSOUSOPTIQUE A. A. S. 157400000006 Casablanca</i>	15/03/2012				30000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																																	
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 l'ODF.																																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B																																									
	H	G																																															
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553																																															
	B																																																
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																																

Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie
de l'Université Pierre- Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : 09/03/2022

ن = رجاعت عين لamine

سترة ضد الأشعة (antibluu)
سترة ضد الرياح (antiwind)

in -0.25 (-2.25 à 0°)

ou -0.25 (-2 à 170°)

~~GUESSOUS OPTIC PLUS~~
314, Bd. Abdelloumen Rés. Beni
Zaytoun II - Casablanca
Tél.: 0022487200000
0022487258745

N° 12 Casablanca - Tel: 0522 86 54 29
421, Bd. Abdelloumen Rés. Beni
Zaytoun II - Casablanca
Ophtalmologiste
Dr. Lamyae BOURHALEB

421, Bd. Abdelloumen, Résidence Ryad Abdelloumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail : bourhaleb_lamyae@menara.ma

421، شارع عبد المؤمن، إقامة رياض عبد المؤمن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75



• OPTICIEN - OPTOMÉTRISTE • LENTILLES DE CONTACT
• QUALITÉ & SERVICE APRÈS VENTE ASSURÉS

Facture N° 0000672

Nom et Prénom : BAHAOUI MED AMINE

Date : 15/03/2022

VISION DE LOIN	VISION DE PRES
OD : sph -0.25 Cyl (-2.25 à 0°)	OD : sph Cyl
OG : sph -0.25 CYL (-2.00 à 170°)	OG: sph Cyl

DOUBLE FOYER

PROGRESSIF

OD : SPH CYL

ADD :

OG : SPH CYL : ADD

Quantité	Désignation	Prix (dh)
1	Monture : PLASTIQUE	1000
2	Verres : organiques antireflets	2000
Montant en lettre : arrêtée la présente facture à la somme de : trois mille dirhams TTC		Total (TTC) 3000
		(TVA) 20% 500

Cachet &signature

GUESSOUS OPTIC PLUS
314, Bd. Abdelmoumen Rés. Beni
Znassen II - Casablanca
Tél : 05 22 25 87 46
PATENTE : 34750237 - CNSS : 1490615 - I.F. : 34433540 - RC 428869 - INPE : 095007670