

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-591221

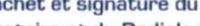
ALCS97

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricule : 4184		Nom & Prénom : HASSOUNI khama	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 25-5-35		Adresse : 25 Rue du Lybie Agadir	
Tél. : 0661478010		Total des frais engagés : 2700 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
* Dr. BENNANI SALMI			
Date de consultation : 19 MAI 2022		Nom et prénom du malade : Sabri Zahra Age:	
Lien de parenté : Lui-même		<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>Hypertension</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>maladie</i>			
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 : Signature de l'adhérent(e) : <i>ml</i>			
Le : 26 MAI 2022			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19 MAI 2022		1000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTICIENNE & OPTOMETRISTE Monsieur Al Ansari, Bouazza - S.A.S.A.L.A.N.G. N° 12	25/5/22					1500

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	<hr/>																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	<hr/>																			
	B																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologist

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين
أمراض وجراحة العيون
خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmopédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 19 MAI 2022

Patient : Madame SABRI Zahra

MONTURES / VERRES LOIN + VERRES PRES ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : (80° -1,00) -1,50 , Addition + 3,00

Oeil Gauche : + 0,75 , Addition + 3,00

OPTIQUE DAR'B
OPTICIENNE & OPTOMETRISTE
Lottissement Al Ansari, N° 123
Dar Bouazza - CASABLANCA

DR. BENNANI MED AMINE
7, Rue Ibnou Babek
Racine Casab 20100
0522 36 20 00 / 02
OPHTHALMOLOGIE

7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca
• Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

OPTIC DAR'B SARL
Opticienne & Optométriste



Lotissement Al Ansari N°123
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 96 51 12

RC : 462981

ICE : 002361650000049

IF : 45759320 - TP : 32991413

CNSS : 32991413

Facture

Nº 2182

Casa, le

25/05/2022

M SABRIZAHRA

Doit

Monture des Verres	Vision de loin	Vision de Près	Doubles Foyers	Varilux
U	OD	OD	OD	OD
	OG	OG	OG	OG
				500
V.L : - OD $(80^\circ - 1,00) - 1,50$				250
- OG $+ 0,75$				250
V.P : - OD $(80^\circ - 1,00) + 1,50$				250
- OG $+ 3,75$				250
ADD /				
TOTAL				1500

OPTIC DAR'B
OPTICIENNE & OPTOMETRISTE
Lotissement Al Ansari N° 123
Dar Bouazza - CASABLANCA

Arrêtée la présente facture à la somme de mille cinq cent DHS

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*

Casablanca, le jeudi 19 mai 2022

NOTE D'HONORAIRES

Patient : **Madame Zahra SABRI**

Examen : OCT ODG (K80)

Honoraires Médecin Taitant : 1000,00 DHS

La présente note d'honoraires est arrêtée à la somme de : Mille Dirhams.



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com