

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

- Reclamation : 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° W21-697439

123797

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05267 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ALI BAKHIS
 Date de naissance : 06-03-68
 Adresse : Casablanca Town 11111 mm an 11111
 Tél. : 0661111111 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAYANNE .Y
 Ophtalmologiste
 91, Bd. La Liberté Benjdia
 Casablanca - Tél : 0522 44 60 11

Date de consultation : 10-06-22
 Nom et prénom du malade : NACBAHI Petit
 Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : New Progressif
 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.

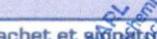
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Porteur	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM IV	
	11/06/2022			Monture + verres	8000 dh

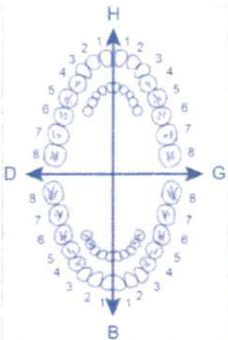
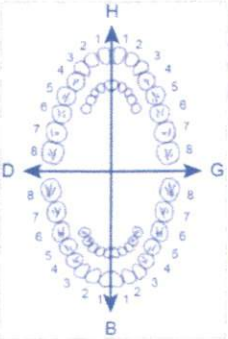
[REDACTED]

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 canaux, 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"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	
<input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef TAYANNE

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

ANGIOGRAPHIE - LASER

LENTILLES DE CONTACT

CHIRURGIE MYOPIE - LASER EXCIMER

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

Ancien Chirurgien Ophtalmologiste à l'Hôpital

Militaire de Marrakech

الدكتور يوسف الطيان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي ببوردو

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بمراكش

CASABLANCA, le

10-6-2022

N^{ur} CASABLANCA - Pils

Lunettes à porter

deux lentilles progressives pour correction

de loin :

OD :
OG :

(+ 1,25 à 90)
+ 0,50 (+ 0,75 à 70)

de près :

OD :
OG :

Addition + 2,50

NEXT OPTIC MARL
Rés. Luxuria N° 4 Avenue Hachemi
El Filali 91, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 28 71 55
Code INPE : 093029658

Dr. TAYANNE .Y
Ophtalmologiste
91, Bd. La Liberté Benjdia
Casablanca - Tél : 0522 44 60 14

AGREE PERMIS DE CONDUIRE

91, شارع الحرية, الطابق الرابع - بنجديا (قرب البنك الشعبي) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 60 14

91, Bd de la Liberté 4^{ème} Etage - Benjdia (à côté de la B.P) - CASABLANCA - Tél : 05 22 44 60 14

المستعجلات : 06 61 45 71 33 - Urgences : 091133421 - INPE : 001710077000018



VISIBLEMENT
Optique

STUDIO

FACTURE

Facture N°	DATE	M. Paiement
0560/22	11/06/2022	CHQ

CLIENT	
Code client	560
Nom	MASBAHI LEILA
Adresse	Casablanca

Quantité	Désignation	PU	Prix HT	TVA	Prix TTC
1	MONTURE OPTIQUE	2 916.67	2 916.67	20%	3 500.00
2	VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTI-REFLET	1 875.00	3 750.00	20%	4 500.00
	OD: PLAN (+1.25 à 90°)				
	OG: +0.50 (+0.75 à 70°)				
	ADD: +2.50				
TOTAL DH			6 666.67	1 333.33	8 000.00

NEXT OPTIC SARL
Rés. Luxoria, n° 4 Angle Bd Hachemi
El Filali et Rue Lisère - Casablanca
Tel : 05 22 28 77 55
Code INPE : 095029658

NEXT OPTIC - Angle bd Hachemi el Filali rue Lisère, Res. Luxoria, n°4 rdc Casablanca
Tel : 05 22 28 77 55 E-mail: visiblement.optique@gmail.com
RC : 503443 Patente : 34750871 IF : 50252708 ICE : 002812943000084 CODE INPE: 095029658