

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 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

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

M22- 0014629

17782

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10678 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SIDI DIAW

BA HASSAN DIAW

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0014629

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
	ESCAPADE			

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of vertices, each labeled with a number from 1 to 8. The vertices are arranged in a pattern that forms a central loop with a width of 2. The numbers are: Row 1: 1, 2, 1, 2; Row 2: 3, 2, 1, 2; Row 3: 4, 3, 2, 1; Row 4: 5, 4, 3, 2; Row 5: 6, 5, 4, 3; Row 6: 7, 6, 5, 4; Row 7: 8, 7, 6, 5; Row 8: 8, 7, 6, 5; Row 9: 8, 7, 6, 5; Row 10: 8, 7, 6, 5; Row 11: 8, 7, 6, 5; Row 12: 8, 7, 6, 5. Arrows indicate a path: a vertical arrow pointing up from vertex 1 to vertex 12, a horizontal arrow pointing left from vertex 12 to vertex 1, and a horizontal arrow pointing right from vertex 1 to vertex 2.

[Création, remont, adjonction]

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

- Réclamation : 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° W21-679842

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10698		Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SABDAOUI - BAHSSOUN - Idarola
Nom & Prénom : SABDAOUI		Date de naissance : 24.09.79	
Adresse : 105 Tman ouel FA		Tél. : 0661618626 Total des frais engagés : 250DC + 2500DH	
 Dr. CHAOUI ROQAI YASMINE Ophthalmitologue 88, Rés. Colza Appt 3 Bd. Oum Rabil - Casablanca			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 26/06/2022			
Date de consultation : 26/06/2022			
Nom et prénom du malade : Sâdouï Houda			
Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : SE			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/06/2022

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
26/08/2012	YASMINE	2500	2500	INP : 061428451811 Dr. CHAOUI BOQAI YASMINE Bd. Oum Rabil - Casablanca 88. Rés. Colza Appart 3 Bd. Oum Rabil - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Dr. CHAOUI BOQAI YASMINE
		18. Rés. Colza Appart 3
		Bd. Oum Rabil - Casablanca

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

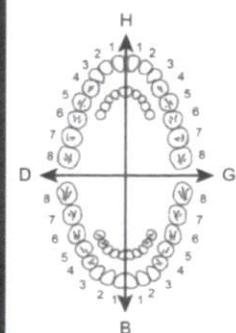
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ORIGINAL OPTIC Imane BENBASSI Opticienne Dippos Villek 3 Rue 65 Mansour Casablanca	02/08/2012	SPHIGNE				2500

Imane BENBASSI

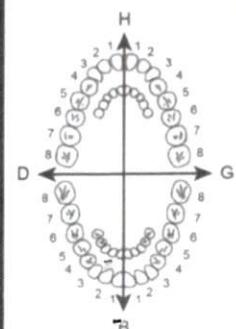
INPE : 095031589

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT

MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX

01 CHAOUI BOQAI YASMINE

25533412 21433553

00000000 00000000

35533411 11433553

B G

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. CHAOUI ROQAI Yasmine

Ophthalmologiste

Adultes et enfants

Ancien Ophthalmologiste à l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat

Ancien Interner au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Diplômée en contactologie de Paris



الدكتورة الشاوي رقعي ياسمين

اختصاصية في طب و جراحة العيون

كبار و صغار

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في المدحشات الlassaque بباريس



061286811

Casablanca le 24 juin 2022

Mme SAADAOUI Houda

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

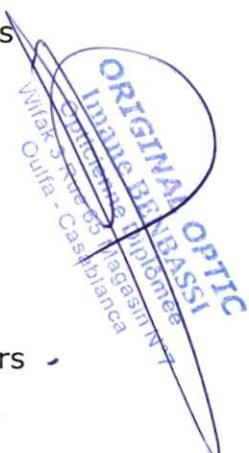
Antireflets

VL : OD = + 0.75 (- 0.50 à 120°)

OG = + 0.50

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 0.75



Dr. CHAOUI ROQAI YASMINE
Ophthalmologue
88. Rés. Colza Appt 3
3d. Oum Rabil - Casablanca

إقامة كولزا، الطابق الأول الشقة رقم 3، شارع أم الربيع، الحي الحسني . الدار البيضاء
88, rés. Colza, 1^{er} étage appt. N°3,Bd Oum Rabil, Hay Hassani - Casablanca

05 20 39 26 46 06 61 77 04 74 dr.ychaoui@ophthalmocasa.ma

Original
Optic
oo

Original
Optic
oo

FACTURE N° :

Casablanca le : 08.08.88

Mr/Mme : Mr. Sora Dajni Houda

Wifak 3 Rue 65 Num 65 Magasin 5

Oulfa - Casablanca

RC : 449836 - INPE : 095031589

IF : 50650935

ICE : 002960353000021

Patente : 35005646

ORIGINAL OPTIC
Imane BEN HASSI
Opticien Optométriste
Wifak 3 Rue 65 Magasin N°7
Oulfa - Casablanca

Nature des Verres : 156 photogris progressif organique A.R

Monture	Métal	Plastique	
V.L : - OD	+0,75 (-0,50 à 120°)		1800
- OG	+0,50		
V.P : - OD			
- OG			
ADD /	+0,75		
TOTAL			2800

Arrêtée la présente facture à la somme de
Deux Mille - Cinq-
Cent - Dirhams