

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.

Déclaration de Maladie

N° M21- 081220

Optique

Autres

(RAM) RETIRE

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1468

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mounjane AMINA

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : HAY E DAKHLA 5M 700 N° 2 HAY EL MHAMADI

Tél. : 0661109638

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/22

Nom et prénom du malade : Mounjane Amina, Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Connecte optique + Glaucome

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 : 21/10/2022

Le : 21/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
19/09/22	CNS	6	6	DR. MARIE-CHRISTIANE BOURGEOIS Médecin Dentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CHAUMIÈRE Générale et Spécialisée	15/09/2022	684,60

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	
	21/09/2022					3100,00

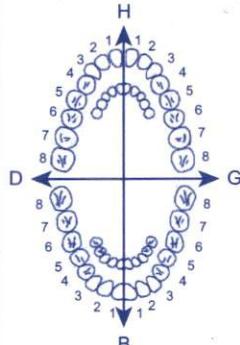
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

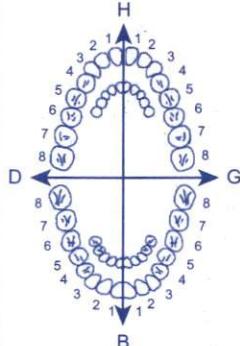


ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	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



Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الخلاة - الحول - مسال الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

19/09/2022

Casablanca, le :

1260223 MOURJANE

Amina

- COSOPT COLLYRE fl N 3

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux, pdt 3 mois

No 21823 - LATANO (Latanoprost)COLLYRE à 0,005% fl N 3

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux, pdt 3 mois

PHARMACIE AL KHOLALA
El Idrissi
Ahmed en Pharmacie
Docteur Ahmed 1 Hay Mohamed
Oukba Anouar - Tel: 05 22 86 48 48
Bd. Casablanca - Maroc



Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن

زاوية شارع أنواو و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الطرامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

E14218C00

LOT U037807 1
EXP 10 2023
PPV 126.10 DH

E14218C00

LOT U037807 2
EXP 10 2023
PPV 126.10 DH

LOT W074617 1
EXP 12 2023
PPV 126.10 DH

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10



LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.V : 102 DH 10



LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10





- Chirurgie de la cataracte (phako)
 - Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
 - Angio laser - Correction optique (LASIK)

19/09/2022

Casablanca, le :

MOURJANE Amina

PROGRESSIFS Organiques PHOTOCHROMIQUES

Oeil Droit : (90° -1,00) + 1,00 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(86^\circ - 1,25) + 1,25$, Addition + 2,50

Optique O'houd
Présentation Optique
4, Rue D'Algier
Bérechid
Tél: 25 22 32 87 19

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidv28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن .
زاوية شارع أنواو و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211
محطة الطرامواي عبد المؤمن
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahibdy28@gmail.com

FACTURE

Date

21/09/2022
45

CLIENT :

Mourjane Amine

Numéro

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
PRES:			
MONTURE	OPTIQUE	1	900,00
VD	Progressif	1	1100,00
VG	Transition AR	1	1100,00
PRES:			
MONTURE			
VD			
VG			
CORRECTION VISUELLE:			
LOIN:			
OD:	$(90 - 1,00) + 1,00$	1	1100,00
OG:	$(86 - 1,25) + 1,25$	1	1100,00
PRES:			
ADD / ODG:	$+2,50$		
			3100,00
	Taux TVA:	20%	
	Montant TVA		
	Total TTC:		3100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Trois-mille-cents
dinarsOptique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue D'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid-Tel: 0522 32 87 19
Signé4, Rue ealger mosquée ouhoud -Berrechid-
Tél: 06 68 67 35 28 - Email: youssefpoorChotrnaiLcom
Code INPE:105011324-ICE:00171406600082-Patente:40705677-1F:40267294
TP:000000-RC:15906-N'Autorisation SGG:2539Optique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue D'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid-Tel: 0522 32 87 19
Signé YOUSSEF