

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° M21- 068958

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7189 Société : RAM.

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BIAZ ABDELKRIM

Date de naissance : 27.12.1964

Adresse : TISSIR 2 Rue RAHMOUB TIMOUR N 31.

BARRACHIO

Tél. : 0626659199 Total des frais engagés : 3435, — Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2019

Nom et prénom du malade : Altrabi Habiba Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : vice de flexion

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) :

RELEVÉ 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
11/11/20			3000 H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie RACHIDI
CHBANY Zouheir
Docteur RACHIDI - BERRECHID
19, Bd. Rachidi - 38 17
Tél.: 0664 49 38 17

15/11/20

4513500

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

16/11/20

INE. 095029690

3000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

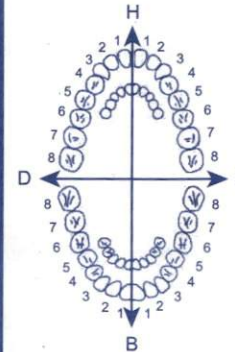
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

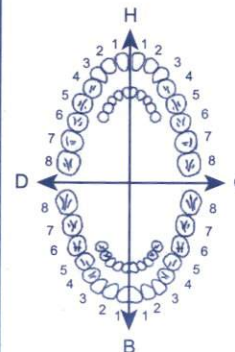
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(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

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie

Chirurgie de la cataracte aux U.S

OCT Angiographie ,Laser

Chirurgie réfractive au laser

Traitement de kératocône

Traitement Oeil et Diabète

Traitement des maladies rétinienues

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Membre de la société française d'Ophtalmologie

Ancien Spécialiste au CHU, Ibnou Rochd (20 Aout)



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة

فحص الشرايين بالأشعة

العلاج بالليزر

إختصاصي في تصحيح البصر بالليزر

علاج وجراحة الحول

علاج وجراحة مسالك الدموع

علاج إصابة العين بداء السكري

علاج أمراض الشبكية

الجراحة التجميلية للجفون

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب اختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

11/01/22

6h + 10h 10h + 12h

10h + 12h 10h + 12h

10h + 12h 10h + 12h

10h + 12h 10h + 12h

Pharmacie RACHIDI
CHEBAY Zouheir
Docteur en Pharmacie
19, Bd. Rachidi H.H. - BERRCHID
Tél.: 05 22 49 38 17


PPC: 135,00
E01 22
07/2025

S.V.

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 0522 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 05 22 32 56 56 - BERRCHID

Facture

	Facture N° :	STE UNIVERS OEIL
	563	RUE EL MANSOUR DAHBI IMM
	Date :	زینون مآغ نآع3
	2022-11-14	Tel: 0640038795
	Client :	
	GHATTAB	
	HABIBA	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+5.00	-1.75	85	+2.50
VLVPG	+5.00	-0.25	90	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.6	1	1250.00	1250.00
2	PROG ORG 1.6	1	1250.00	1250.00
3	Monture 1	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	500.00
Total HT	2500.00	Net à payer	3000.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

trois mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

STE UNIVERS OEIL – RUE EL MANSOUR DAHBI IMM ZINOUN MAG NÂ°3 – 0640038795 –
IF: 24815124 - ICE: 001961779000078 - RC:20197 - TP:39575601

UNIVERS OEIL
Imm Zinoun - Rue El Mansour Dahbi N°3
MOHAMMAD
ICE: 001856379000092 / TEL: 05 23 30 85 44