

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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0060894

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10098 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KASSIM M. Hamed
Date de naissance : 1946
Adresse : APPUY - Résidence 9 Avenue HABAT
SALA AL JADIDA SALÉ
Tél. : 06 7327 1139 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/11/2022

Nom et prénom du malade : HADJIMINA

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

Nature de la maladie : Amétropie + presbytie

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

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
08/11/2022	C		20000	Docteur Amina BOUKHAR Ophtalmologiste Résidence Marwa 4, A. Bouregreg Sala Al Jadida - Tél: 05 37 53 58 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRALE SALA AL JADIDA SARL AU Dr. ZHIRI Samia Angle Av. Sidi Mohamed Ben El Hassan et Av. Hassan II Imm. 44A C4 - Sala Al Jadida Tél/Fax: 05 37 53 06 91 / INPE: 102017889	08/11/22	108,25

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

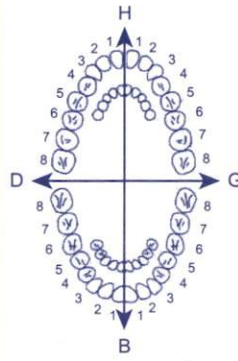
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
REGARD E VUE OPTICIENNE OPTOMETRISTE 16, RDC, RUE ROMANA GARDEN IMM J. M. SALA AL JADIDA TEL: 05 37 53 60 32	08/11/22					20000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

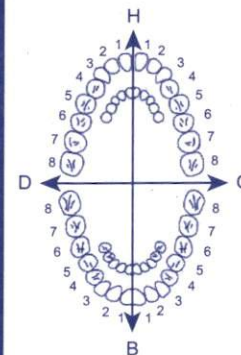
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
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

Dr Amina BOURASSI

Ophthalmologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Rabat

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie du glaucome

Strabisme

Angio - laser



الدكتورة أمينة بوراسي

أخصائية في طب و جراحة العيون
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

جراحة المياه البيضاء

جراحة المياه الزرقاء

الحول

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

Sala Al Jadida le : 08/11/2022

Ma HODI Aina

54,10 x 2

1) Larmabak colly

1 gte 3x 2 fois

T=108,20



LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Docteur Amina BOURASSI
Ophtalmologiste
Résidence Marwa 4, Av. Bouregreg
Sala Al Jadida - Tél: 05 37 53 58 09

PHARMACIE CENTRALE
SALA AL JADIDA SARL AU
Dr. ZHIRI Samia
Angle Av. Sidi Mohamed Ben El Hassan et
Av. Hassan II Imm. 44A C4 - Sala Al Jadida
Tél/Fax: 05 37 53 06 91 / INPE : 10201.000

Appt 1, porte « L », 1^{er} étage, Résidence Marwa 4,
Av. Bouregreg, Sala Al Jadida (près de la conservation foncière)
Tél. : 05 37 53 58 09

Dr Amina BOURASSI

Ophtalmologiste

**Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Rabat**

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie du glaucome

Strabisme

Angio - laser



الدكتورة أمينة بوراسي

**أخصائية في طب و جراحة العيون
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط**

جراحة المياه البيضاء

جراحة المياه الزرقاء

الحول

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

Sala Al Jadida le : 08/11/2022

Dr Amina BOURASSI

Je vous de lunettes autogel
+ monture

Je vous de lui

ou (-1,50 D) + 2,25

ou (-0,75 D) + 2,25

Je vous de pres

ou + 2,50

Docteur Amina BOURASSI
Ophtalmologiste
Résidence Marwa 4, Av. Bouregreg
Sala Al Jadida - Tél: 05 37 53 58 09

Appt 1, porte « L », 1^{er} étage, Résidence Marwa 4,
Av. Bouregreg, Sala Al Jadida (près de la conservation foncière)
Tél. : 05 37 53 58 09

N° 16,RDC,Res Romana Garden,Imm J,
lot 30 sala jadida,sale
Tél: 0537536035

FACTURE N° : F22/0495

Désignation	Qté	Prix unit.		Valeur	TVA
OD VERRE PROGRESSIF	1	750.00		750.00	20.0
OG VERRE PROGRESSIF	1	750.00		750.00	20.0
MONTURE OPTIQUE	1	500.00		500.00	20.0
Total	3			2000.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1666.67	333.33	2000.00	2000.00	0.00 Dh

total payé (en espèces): Deux Mille Orhams

thams.

REGARD EN VUE
OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
N 16, RDC RES. ANNA GARDEN
IMM. LOTUS AL JADIDA
TEL : 05 37 53 60 35