

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Mobamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 46 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-771398

143827

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13119

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOU RFOUN FARAH

Date de naissance :

02/12/1991

Adresse :

22 Rue Tabrouk Apt 5
RABAT - Hassan

Tél. :

06 70 62 08 06

Total des frais engagés :

13,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/11/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

MOHAMED BEN MOHAMMED MADI

2 Mars - Casablanca

Age : 50 ans

OPHTALMOLOGISTE

05 22 20 45 46

Gsm : 05 61 52 82 11

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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) :

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
12.11.2022	Cys	3000,00	INP : 09100149 Signature et cachet du Médecin	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AB2N Boulaale, 7, Rue B CASABLANCA	22/11/11 2011					1.000,00

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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r l} H & 28533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Mohammed MADI

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux

Bouafi et My Youssef de Casablanca

Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine

Angiographie - Laser



الدكتور محمد الماضي
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب اخصاصي سابق بمستشفيات
بوافي و مولاي يوسف بالدار البيضاء

جراحة اجلالة - حول العين - الشبكية
تخطيط أوعية الشبكة - الليزر



I.C.E.: 001751624000054

Casablanca 12 novembre 2022.....

Mme BOURFOUN Farah

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = (- 0.25 à 120°)

OG = (- 1.00 à 60°)

ATTENTION AU CENTRAGE SVP+++

AB2N
Rue Bachir Laale,
CASABLANCA

الدكتور محمد الماضي
Dr. MADI
OPHTHALMOLOGISTE
105, AV. 2 Mars, Casablanca
Tél : 05 22 83 50 61 - Urgences : 06 61 52 82 11

اقامة آيسن II - 105، شارع 2 مارس (زاوية شارع مولاي إدريس الأول) الشقة 2 الطابق الأول - الهاتف : 05 22.83.50.61 - المستعجلات : 06 61.52.82.11
Résidence AYMANE II - 105, Av. 2 Mars (Angle Bd. Moulay Driss 1^{er}) - App. N° 2 - 1^{er} Etage - Tél. : 05 22.83.50.61 - Urgences : 06 61.52.82.11

E-mail : madiophta@icloud.com

NADARI

Facture

Client : Bourfoun Farah
Mobile : +212670620806

12/11/2022

N° Facture : #011627

	Oeil droit	Oeil gauche
SPHÈRE	0	0
CYLINDRE	-0.25	-1
AXE	120	60
ADDITION		
ECART PUPILLAIRE		
HAUTEUR		

Produit	Quantité	P.U (DHS)	Total TTCs (DHS)
Monture	1	200.00	200.00
Vision de près / loin Standard Anti-lumière bleue + Anti-reflet			800.00 DHS
Sous-total HT			833.33 DHS
TOTAL TTC			1000.00 DHS

AB2N
7, Rue Bachir Laalej,
CASABLANCA

Adresse : 7 rue Bachir Laalej, Derb Ghallef / Av. Abdelmoumen

Tél : +212 6 69 71 53 10 | +212 6 69 90 32 06 | Email: contact@nadaristore.com

NADARI (AB2N) IF : 47317816 | RC : 482035 | PATENTE : 34750751 | ICE : 002641370000029