

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



MD
145757

Déclaration de Maladie : N° P19- 0001151

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2562 Société : RAM.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukry Barnis Date de naissance : 11/01/1972

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/10/22

Nom et prénom du malade : Boukry Barnis Age :

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

Nature de la maladie : Veuve

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
21/12/22	(12)	5	1501	<i>Dr Abdelhak MOULOUSSI</i> Dentiste - Rue 62 22 22 Hay Hassani - Casablanca Tel : 05 22 89 88 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
<i>STYLE VISION</i> Mr EL HOUSNI Said Opticien - Optométriste 144, Bd Bourgogne Qt. Bourgogne Casablanca - Tél. 05 22 20 31 31	21/12/22		optique			3 205 DHS

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												
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

DOCTEUR ABDELLATIF ZIOUATI

SPÉCIALISTE DES MALAIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT

LASER - ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Ferrara 2, rue 62 n° 1, 1^{er} étage

Hay Hassani - Casablanca

Tél. 0522 89 88 22



الدكتور عبد اللطيف زيواتي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون (الجلالة)

طب الدول - عدسة الإتصال

الليزر - أنجيوجرافي

عضو الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

فرارة 2, زنقة 62 رقم 1 - الطابق الأول

الحي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 89 88 22

Casablanca, le 23-12-22 الدار البيضاء, في

Bonkri Barnia

Scm de l'Institut

145-0,5/43,7r

50-0,25/43,7r

M add + 2,2r

STYLEVISION

Mr EL HOUSSNI Saïd

Opticien - Optométriste

144, Bd Bourgogne Qt. Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 20 30 94

Dr Abdellatif ZIOUATI

OPHTALMOLOGISTE
Ferrara II, Rue 62 n° 1 - 1^{er} étage
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 89 88 22

معتمد لتسليم شهادة السياقة

Agrée pour délivrer le certificat de conduite

STYLE VISION

Facture

Numéro : 7864

Date : 24/12/22

Client : BOUKR. BARNIA

STYLE VISION – Casablanca

Catégorie	désignation	Qte	Prix unitaire	Total
VERRES	progressif organique multiflex	2	1200	2400
Monture Optique	plastique	1	800	800
Correction	OD : +3,75 (-0,25, 140°) OG : +3,75 (-0,25, 10°) ADD : +2,25			
			TOTAL	3200

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille deux cents

INPE 095014692

STYLE VISION
Mr EL HOUSSNI Saïd
Opticien - Optométriste
144, Bd Bourgogne Qt. Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 20 30 94

Taxe Professionnel: 35650593. Registre de Commerce: 263923. ICE: 001512409000017
IF : 14369852. CNSS : 4259570. INPE : 095014692
144 Boulevard Bourgogne. Quartier Bourgogne. Casablanca. Telephone: 05.22.20.30.94
E-mail: stylevision00@gmail.com.