

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0059081

151436

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1708 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GOURIRANE Ahmed

Date de naissance : 31-12-1954

Adresse : 36, rue 92 ATTAAOUNE H.H Casablanca

Tél. : 0661088864 Total des frais engagés : 2231 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8/2/2023 KHADJA

Nom et prénom du malade : KHADJA ANE Age: 61

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

Nature de la maladie : N° de 2023

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 : Casablanca Le : 08/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
02/02/2023	G.M.D.	250,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/02/2023	1811,00

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

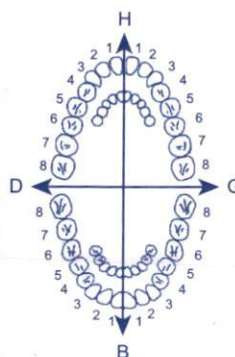
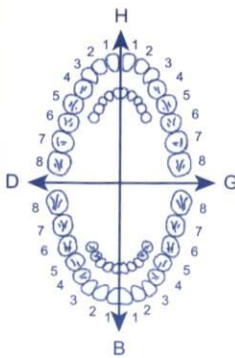
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	28/02/2023					1800,00
	20/03					

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréate de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie
Laser - OCT - Strabisme - Lentilles de Contact
Medecin agréée :
Permis de conduire



الدكتورة العلوي بن هاشم بهيجة

خريجة كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أشعة لازير
طبيبة معتمدة :
رخصة السياقة

Casablanca, le:

الدار البيضاء، في: 2-2-23

2- RHOUZLANE. KAAJIA

MARINA OPTIQUE
Opticien Optométriste
DAHAB ZAHAB
Centre Commercial Marina Shopping
Boutique NG 10007 - Casablanca
ICE: 0013333333333333

Rehabilitation
Amul

①

① : (100° - 0,75) + 0,75

②

- 0,50

③

③ : 0,50 + 0,50

+ 0,50

④

DR EL ALAOUI Bahija
OPHTALMOLOGUE
105, Bd. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél 05 22 93 32 66

105, Bd. Afghanistan - Hay Hassani - Casablanca - Tél: 0522933266 - الهاتف : الدار البيضاء - الحي الحسني - شارع أفغانستان - 105

E-mail: ibhaaj@hotmail.com

Aqualarm®
Intensive UD

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH



P.P.V. : 22,00 DH

6 118000 191032

IR EL ALAQUI Bahija
IR ORBITAL MOLOCH Bahija
 Hq. El Alaqui Bahija
 Hq. Orbita Moloch Bahija
 Hay Hassani Calabianca
 Tel 05 22 93 52 66

Facture

	Facture N° :	MARINA OPTIC expertoptic1@gmail.com Tel:
	181	
	Date :	
	2023-02-28	
	Client :	
	RHOUZLANE	
	KHADIJA	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+0.75	-0.75	100	+2.50
VLVPG	-0.50			+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ADAPTA 1.5 CEFIR	1	750.00	750.00
2	ADAPTA 1.5 CEFIR	1	750.00	750.00
3	300 300DH N	1	300.00	300.00

TVA	20%	Total TVA	300.00
Total HT	1500.00	Net à payer	1800.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

mille huit cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

MARINA OPTIC – expertoptic1@gmail.com --
 IF: 26117252 - ICE: 001988389000087 - RC:411911 - TP:35492689- INPE:095021208 - CNSS:1138304
 Centre Commerciale Marina Shopping
 Boutique NC10007 - Casablanca
 ICE:001988389000087