

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

M23-001785

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 338 Société : R.A.M. 171094

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AFIF FATNA Veuve. HAMMI Mohamed

Date de naissance :

Adresse : Debs Yamila Bloc R. n° 1236 Hdy Hassani

Tél. : 0522-90-18-47 Total des frais engagés : 4073,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/07/2023

Nom et prénom du malade : AFIF Fatna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Sécheresse Oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0001785

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 338
Nom de l'adhérent(e) : AFIF FATNA
Total des frais engagés : 4073,00
Date de dépôt :

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
11/07/83	CS		300 DH	DR. MOHAMED BEN HADDOU Rue de la Lamane et boulevard de l'Indépendance Casablanca / Tél: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. MOHAMED BEN HADDOU	11/07/83	373,00

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	
BENKIA OPTIQUE OPTICIEN TRISTE TOP OPTIQUE RUE Ref: 12/08/83 INPE: 095028411	26/07/83					3400-

VOLET ADHERENT

651000

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
		00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplômée des universités de Tours-Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk)
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"
الزرق-السد-السكري-تصحيح النظر
طبية سابقة بمستشفى 20-15 باريس
طبية سابقة بمستشفى الحسيني

11 juillet 2023

Mme AFIF Fatna

NEOVIS totale

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois , dans les deux ,

BIO omega 369 198,00 gel /j , pendant 1 Mois

198,00 gel /j , pendant 1 Mois



زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و شارع عبد الهاdi بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل A, الطابق 2 . شقة 3

Angle bd Sidi aberra hmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour). Entrée A . Apt 3 .2 eme étage.

BENKIA OPTIQUE

Opticien Spécialiste



HAJAR

7 Op. Annakhil Rahma - Etage MG Apt. 3

Imm. MG 3GH 4 - Casablanca

Tél. : 08 08 56 38 77 / 06 66 76 23 00

001235

HAJAR BENKIA
N°PE: 095028411

Ordonnance du Docteur :

N° de Nomenclature :

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D. :	125/-	O.D. :	125/-
	O.G. :	125/-	PRES	125/-

FOURNITURE

Monture : Optique 1000-

Verres : Progressif 2400-

Total : 3400-

BENKIA OPTIQUE

OPTICIEN

OPTOMETRISTE

7 Op. Annakhil Rahma - Etage MG Apt. 3

Imm. MG 3GH 4 - CASABLANCA

Tel: 08 08 56 38 77 / 06 66 76 23 00

Arrêtez la présente facture à la somme de :

Casablanca, le : 26/07/2023

M. ou Mme : AFIK FARWA



Diplômée des universités de Tours -Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)DPC London-uk
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خربيجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"
الزرق-السد-السكري-تصحيح النظر
طبية سابقة بمستشفى 15-20 باريس
طبية سابقة بمستشفى الحسني

11 juillet 2023

Mme AFIF Fatna

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 1.75 (- 0.75 à 102°)

OG = + 0.50 (- 1.75 à 71°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50



زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

Angle bd Sidi aberraouane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour), Entrée A , Apt 3.2 eme étage.

cabinet.drjihad@gmail.com 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28