

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

- 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

M22- 0009161

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 722 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ILIL I. Saïd
Date de naissance : 01-12-1949
Adresse : Cité Oulad Ziane apt 15 im H case
Tél. : 0659808360 Total des frais engagés : 4.650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/11/2023
Nom et prénom du malade : YAMNI ZOUBIDA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection 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 : 22/11/23 case Le : 22/11/23
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
16/11/23		6	2500A	Dr. Awatif RAZZAK Ophtalmologue 0910308862

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

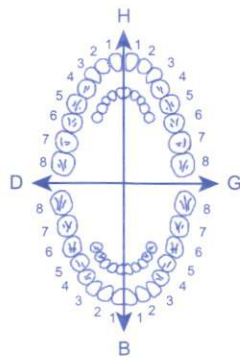
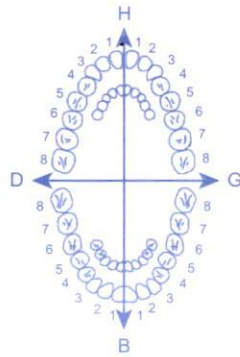
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Opticien Optomètre 23 Rés. Massakar Blanca 0910308862	18/11/23					1400DAs

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 00000000 00000000 G 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

Optique la villette

18/11/2023

FACTURE N°01590/2023

IF: 20699882

Nom et Prénom : Mme. YAMNI ZOUBIDA

<i>VISION DE LOIN</i>	<i>VISION DE PRES</i>
OD : +0.25 (-0.50 à 30°)	OD : +3.00 (-0.50 à 30°)
OG : PLAN (-0.25 à 165°)	OG : +2.75 (-0.25 à 165°)

2 MONTURE : OPTIQUE

2 VERRES : ORGANIQUES ANTI-REFLETS BLEU/AMINCIS.

2 VERRES : ORGANIQUES ANTI-REFLETS BLEU/AMINCIS.

<i>Montant de la vision de loin :</i>	<i>Montant de la vision de près :</i>
MONTURE : 800.00	MONTURE : 800.00
VERRES : OD : 700.00 OG : 700.00	VERRES : OD : 700.00 OG : 700.00

PRIX T.T.C : 4400.00 DH (**PAYER ESPECE**) Arrêtée la présente
facture à la somme QUATRE MILLE QUATRE CENT DIRHAMS.

OPTIQUE LAVILLETTE
Opticien Optométriste
N°23 Rés Al Mostakar 3
Lavillette Casablanca
Tél : 05/22 62 13 62

23. Rés al mostakar 3. Angle rue vitalis et aoubaker elouhrani: Lavillette.Casa
ICE :001828874000095 INPE : 095016036 patente : 31450632

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE IBN TACHFINE

مركز طب وجراحة العيون ابن تاشفين

Dr Awatif RAZZAK

Médecin Ophtalmologue

Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification

Chirurgie Réfractive - Glaucome - Strabisme

Angiographie - Echographie Laser - Contactologie



الدكتورة عواطف رزاق

اختصاصية طب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - تصحيح النظر بالليزر

جراحة المياه الزرقاء - الحول - الليزر

تصوير العين بالصدى - العدسات اللاصقة

Casablanca le : 16 novembre 2023 الدار البيضاء في :

Mme YAMNI Zoubida

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets multi-couches, Amincis

VL : OD = + 0.25 (- 0.50 à 30°)

OG = Plan (- 0.25 à 165°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75

OPTICIE LA VILLETTE
Opticien - Optométriste
N°23 Rés Riad Ibn Tachfine 3
L'Arrière Cour
Tél : 05 22 60 73 38

Dr. Awatif RAZZAK
Ophtalmologue
091 03 0064

شارع ابن تاشفين، زنقة زينب إسحاق، رقم 35، إقامة رياض ابن تاشفين، الطابق الأول، لافليت - الدار البيضاء

Bd Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak N°35, Rés Riad Ibn Tachfine, 1^{er} étage, la Villette - Casablanca

☎ 05 22 60 73 38

✉ rawatif@gmail.com