

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 76 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-832217

188247

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7331** Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prenom : **BAETOUTY HASSAN**
 Date de naissance : **23/06/1966**
 Adresse : **531 LOT HAF FATEH APT RC 2**
N° 1 CASA
 Tél. **0663736250** Total des frais engagés : **2050** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. N. RIAH
Ophtalmologue
Rés Habiba 78, 2ème étage.

Date de consultation : **13 Dec 2023**

Nom et prénom du malade : **Hilal jomes Hauter** Age :

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

Nature de la maladie : **Correction optique**

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 : **C**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



Autorisation CNUP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

ICE: 001638886000023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

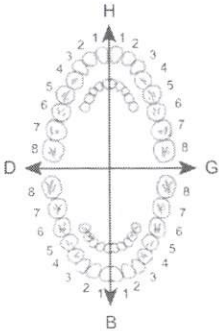
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	15/12/23	monture + Verres.				1800,-
		I.C.E: 001789243000028 RC: 362763 INPE: 095014080				

I.C.E : 0017892143000028
RC : 362763
INPE : 095014080

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	Montant des Honoraires															
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction)				Montant des Honoraires														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
					MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS														
					DATE DE L'EXECUTION														

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	25533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Functionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des
Honoraires

B

(Création, remont, adjonction) <i>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</i>	Montant des Honoraires

**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

Docteur N. RIAH



الدكتورة ن. رياح

Ophtalmologiste (Adultes et Enfants)

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca

Ancienne Interne du CHU de Pointe à Pitre, France

Ancienne résidente à l'Hopital 20 Août

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

et de l'Université des Antilles-Guyane (France)

إختصاصية في الطب و جراحة العيون (صغار و كبار)

داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي

بوانت أيتز - فرنسا

طبيبة مقيمة سابقة بمستشفى 20 غشت

دبلوم التخصص بكلية الطب بالدار البيضاء وجامعة بفرنسا

Casablanca, le :

13 Dec 2023

Khalil Yanes
Koutar

30/29,5

Lunettes de correction
optique, n =

OPTIC FREE VISION
OPTICIEN - OPTICISTE
127 bis Bd Kouly - Oulfa - Casablanca

Verres anti-ultra-violet,
filtre bleu, indice fin

$+0,00(-0,50 \pm 20^\circ)$
 $+0,25(-0,50 \pm 17^\circ)$

Merci d'assister un bon (entop)

إقامة حبيبة, رقم 78, الطابق 2 - شارع الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء
Résidence Habiba, Numéro 78, 2ème étage, Boulevard El haj fatch - Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 93 13 49

7/12/2023

Client: HILAL YOUNES

KAWTAR

Le 15/12/2023

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT		-0.50	20	
OEIL GAUCHE	+0.25	-0.50	170	

Vision de Loin :

Monture: ACETATE

Verres : ORG ANTIREFLET FILTRE BLEU

Montant de Loin:

OEIL DROIT	550,00
OEIL GAUCHE	550,00
MONTURE	700,00

PRIX T.T.C

1 800,00

PRIX H.T

1 500,00

TVA

300,00

Arreté la présente facture à la somme de:

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

I.C.E : 001789243000028

RC : 362763

INPE : 095014080

OPTIC FREE VISION
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
137 bis Bd Kouliyat Lot Habiba Haj Fateh Oulfa / Casablanca - tél : 05 22 90 11 33
CASABLANCA - MAROC 2023

137 bis. Bvd Kouliyat Lot Habiba Haj Fateh Oulfa / Casablanca - tél : 05 22 90 11 33
email: freevisionoptic@gmail.com

INPE:095014080-Patente:36047547-I.F:20700329-ICE:001789243000028