

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-834569

189541

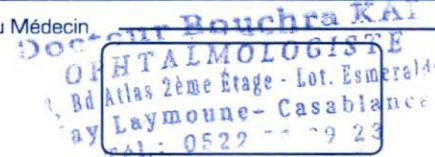
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6068 Société : NEMATE
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUYAMOURN MOHAMED
 Date de naissance : 11-1-1956
 Adresse : 1165 Lot ALGODS2 L'Esmeralda
 LAYMOUNE Casablanca
 Tél. : 06 99 03 86 81 Total des frais engagés : 2760,310 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/12/2023
 Nom et prénom du malade : BOUYAMOURN MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Casablanca Le : 27/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-15 / 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
27/12/23	CS + FO		309,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARLAN SARLAN 140 Lot Sarralda Lissafa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	27/12/23	269,30

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	
DOCTEUR OPTIC SARLAN Opticien Optométriste AGOUM Houda Al Moustakbal GH 2 Immeuble Masin N°14 Sidi Maarouf - Casa ICE: 001988893000058 INPE: 095012456	29/12/23		2 Vene + Monture optique			2920,00

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	CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION						
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D	G																								
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	<table border="1"> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td> </td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																							
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bouchra KARI
OPHTALMOLOGISTE



الدكتورة بشرى كاري
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien médecin interne à l'hôpital Universitaire, Ibn Rochd
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie
Ancien médecin à l'hôpital du 20 Août
Ancien médecin, Hôpital Rothschild Paris
Médecin agréée pour permis de conduire

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون
طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
طبيبة سابقا بمستشفى غوتشيلد بباريس
طبيبة معتمدة لرخصة السياقة

Casablanca, le : **27 décembre 2023** في الدار البيضاء،

Mr BOUYAMOURN MOHAMED

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.25 (- 0.50 à 30°)

OG = + 1.50 (- 0.50 à 125°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

1/ AQUALARM collyre

1 goutte 4 fois/jour, pendant 1 Mois

2/ OPATANOL collyre

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux pendant 1 Mois


3/ FRAKIDEX collyre

1 goutte 3 fois par jour, pendant 7 jours



33, تجزئة إزميرالدا - شارع أطلس، حي الليمون، الطابق الثاني - الدار البيضاء
(قرب محطة الطرامواي ليسانسة النهاية)
Près du café mon ami -
Tél.: 0522.59.89.23

Facture

	Facture N° :	DOCTEUR OPTIC LOT ALMOSTAKBAL GH2 IMM89 MAGASIN N 11 SIDI MAAROUF Tel: 0522-784115
	774	
	Date :	
	29 / 12 / 2023	
	Client :	
	BOUYAMOURN	
	MOHAMED	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+1.25	-0.50	30	+2.75
VLVPG	+1.50	-0.50	125	+2.75

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROGRESSIFS NUMERIQUES SELECTA DIGITAL ORGANIQUES 1.5	1	850.00	850.00
2	PROGRESSIFS NUMERIQUES SELECTA DIGITAL ORGANIQUES 1.5	1	850.00	850.00
3	MONTURE OPTIC	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	366.67
Total HT	1833.33	Net à payer	2200.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

deux mille deux cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

DOCTEUR OPTIC - LOT ALMOSTAKBAL GH2 IMM89 MAGASIN N 11 SIDI MAAROUF - 0522-784115 -
 IF: 25038352 - ICE: 001988893000059 - RC:395147 - TP:36191845- INPE:095012456 - CNSS:5829736

DOCTEUR OPTIC SARLAU
 Opticien Optométriste
 AGOUA Houda
 Lot. Al Moustakbal GH 2 Imm.89
 Magasin N° 11 Sidi Maarouf - Casa
 ICE:001988893000058
 INPE:095012456