

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

W21-834569

189541

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6069 Société : NE PASITE

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Bouyamour MOHAMED 11-1-1956

Lot AL BAOUDZ Laymounne

Total des frais engagés : 2760,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOC SUR BOUCHRA KAI
OHTALMOLOGISTE
Bd Atlas 2ème étage - Lot. Esmeralda
ay Laymounne- Casablanca
Tél. 0522 11 29 23

Date de consultation : 27/12/2023

Nom et prénom du malade : Bouyamour 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) : Bouyamour MOHAMED

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
27/12/93 100	CS + FO		3.04.00	DR BOUCHEZ PAUL 05 22 11 05 22 Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARANAF S.A.R.L A-U 140 Lot Smiralda Lissasta Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	20/11/2023	2624,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Praticien Optométriste AGOLI Houda AI Moustaqbal GH 2 Im asin N° 1 Sidi Maarouf ICE: 00198893000058 CP: 095012456	27/12/23			2 Vene + Monture épingle		29.000.00 JF

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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		



Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
 Ancien médecin interne à l'hôpital Universitaire, Ibn Rochd
 Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
 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 سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد
 عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون
 طبيبة سابقاً بمستشفى غوتشيلد بباريس
 طبيبة معتمدة لرخصة السيارة

DOCTEUR OPTIC SARLAU
 Opticien Optométriste
 AGO LINE 2000/4
 Lot. Al Moussine 1000/1000
 Magasin N°111 - Sidi Maârouf - Casablanca
 ICE: 001988893000058
 INPE: 095012456

Casablanca, le :

27 décembre 2023 الدار البيضاء، في

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

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 ليساسفة النهاية)

Tél.: 0522.59.89.23



Facture

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

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 présente 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
ACOUI Houda
Lot. A Moustarak GH2 Imm.89
Magasin N°11 Sidi Maarouf - Casa
ICE:001988893000058
INPE:095012456