

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° M21- 040701

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5224 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ELOHI OMAN ABDOLAH

Date de naissance : 23/12/55

Adresse : Residence W. B. B. Rue B. A. A. A.

Casablanca - CHA

Tél. : 0661 0672 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. GHALLAB GHISLAINE

OPHTALMOLOGISTE

8, Rue Assad Bnou Zarrara
Place du Maarif
Tél : 99.20.46/47 Fax : 99.20.48
CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2024

Nom et prénom du malade : M. ELOHI OMAN ABDOLAH Age :

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

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : CHA

Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL

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
23.01.2024		1	300,00 =	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Centre Optic Optométriste S.A.R.L. BOUCHARET BRIGITTE 69, Bd. de Paris - Casablanca Tel: 03 22 22 22 10</p>	26/1/24	600,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

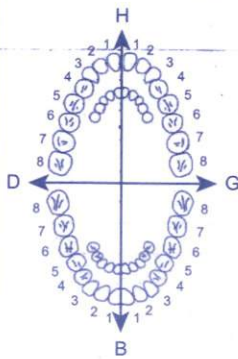
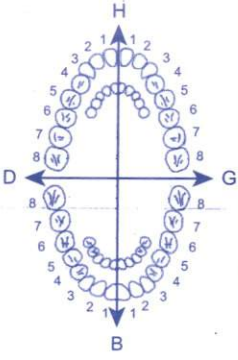
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[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

Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris

Maladies et Chirurgie des yeux

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Angiographie - Laser - Echographie

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie de la Myopie

Homéopathie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



الدكتورة غزلان غلاب

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة جامعة باريس

علاج بالمواد الطبيعية

8، زنقة أسد بن زرارة ساحة المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le 23 01 24 الدار البيضاء في

Monsieur

ELOFIR Omar-Abdou

Une paire de LUNETTE :

DE LOIN

Oeil Droit : (180 -0,50) -2,25

Oeil Gauche : (90 -0,25) -2,75

+ monture

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE
S.A.R.L AU
BOUCHAREB BRIGITTE
69, Bd. de Paris - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 10

Dr. GHALLAB G. ISLAH
OPHTALMOLOGISTE
8, Rue Assad Bnou Zarrara
Place du Maârif
Tél : 99 20 46 / 47 Fax : 99 20 46
CASABLANCA



Centre Optic Optométriste sarl

Brigitte BOUCHAREB

Opticienne Diplômée de Dortmund - Allemagne
Spécialiste des Lentilles de Contact

BOUCHAREB BRIGITTE
INPE
095005740

Facture N° 002140

Date : 26/01/2024

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : El ofi omar Abdouh

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur : ghalla

ID :

En date du : 23/01/24

Libellé	Prix facture	Assuré
Uh OD - (180 - 0.50) - 2.25		
OU - (90 - 0.25) - 2.75		
2 verres selon prescription Redicate	2x300	600.-
Total (Dh) TTC		600.- Dhs
NET A PAYER par l'assuré (Dh)		

dont TVA 20% :

inclus

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE
SARL
BOUCHAREB BRIGITTE
69, Bd. de Paris - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 10

69, Bd. de Paris - Casablanca - Tél. : 05 22 22 22 10 - Fax : 05 22 26 18 50

R.C : 274279 - N° d'Identification Fiscal : 14405771 - Taxe Professionnelle N° : 33254471 - ICE : 001530868000010