

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, extraactions 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0006604

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 261 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZIRANI MENNANA EP BAHAR

Date de naissance : 1969

Adresse : 28 Rue Moussa Ben Nodcin

Tél. 0662326022 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/02/2024

Nom et prénom du malade : ZIRANI MENNANA EP BAHAR Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
6/02/24	G		300,00	<i>C. Roudani</i> Chirurgien-dentiste Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani Entrée B9, 1 ^{er} étage, Casablanca Tél: 0522 98 88 66 - INPE : 091186262

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>QUARTIER IND</i> <i>QUARTIER OPTIQUE</i> 24, Rue Aziz Belal Marrakech - CASABLANCA Tél: 0522 99 12 66 Fax: 0522 99 12 97	12/02/24	4400,- \$

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 :

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		
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (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

Dr. Kaouthar DGADEG

Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des yeux Adultes et Enfants

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



الدكتورة كوثر الدغادغ

إختصاصية في أمراض و جراحة
العيون للكبار و الأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le samedi 10 février 2024

Madame ZIRANI Mennana

Monture + Verres correcteurs:

PROGRESSIFS ANTIREFLETS

Oeil Droit : $(20^{\circ} -0,25) + 3,00$, Addition + 2,75

Oeil Gauche : + 3,00 , Addition + 2,75

Dr Kaouthar DGADEG
Ophtalmologiste
Rés. Palmier, Bd. Brahim-Roudani
Entrée B9, 1^{er} étage, Casablanca
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 091186262

OUARIT HIND
KIAVUE OPTIQUE
24, Rue Aziz Bellal
Maârif - CASABLANCA
Tél: 0522 99 12 66
Fax: 0522 99 12 97

إقامة النخيل، 285، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1، شقة 3 - الدار البيضاء

Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca

E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866


Casablanca le : 12/02/2024

FACTURE N° : 05/0224

NOM CLIENT : M^{re} ZIRANI Mennana.

MUTUELLE : MUPRAS

ORDONNANCE DU DR : Kaonthar DGADFG du 10/02/24

DESCRIPTIF	MONTANTS TTC
Monture : <i>Optique</i>	1000,00
Verre D : <i>Progressif B&B Sirus 1.6 Transition gris AR</i>	1700,00
N° de nomenclature : <i>432</i>	
Diamètre : <i>65/70mm</i>	
Verre G : <i>Progressif B&B Sirus 1.6 Transition V. gris AR</i>	1700,00
N° de nomenclature : <i>429</i>	
Diamètre : <i>65/70mm</i>	
Produits de Lentilles :	
	
Total TTC :	4400,00 DHS
Dont TVA Incluses :	880,00 DHS
Arrêtée la présente facture à la somme de TTC DHS	<i>Quatre Mille Quatre Cent</i>

IF 40705545