

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

- 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

W21-843681

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8688

Société : Ram

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ouanzi Abdelhak

Date de naissance : 22/01/67

Adresse : 348 Golf city ville verte.

Tél. : 0661 41 26 39

Total des frais engagés : 130,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Danla SBAI IDRISSE
Ophtalmologiste
84, Ed Mly Driss 1er
Tél. 05 22 56 06 06

Date de consultation : 06 MARS 2024

Nom et prénom du malade : OUANZI ISMAIL

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Vice de ref.

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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

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
06 MARS 2024	CST + Fo		400 DH	INPE: 091033100 Dr. DANIEL SBAI IDRISSE Ophthalmologiste 84, Ed. Mily Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
	9/3/24					1500 DH

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<div> <div> O.D.F PROTHESES DENTAIRES </div> <div> <div> DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE </div> <div> <table> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> </div> </div> </div>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553					
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 06 mars 2024

Enf. OUAHBI Ismail

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 1.00 (- 1.00 à 176°)

OG = - 1.25 (- 1.00 à 180°)

EIP: 62.5 mm

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophtalmologiste
84, Bd Moulay Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophtalmologiste
84, Bd Moulay Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص



FACTURE N° : 77/2024

LE 09/03/2024

Client :OUAHBI ISMAIL

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
<u>ŒIL DROIT</u>	-1.00	-1.00	176	
<u>ŒIL GAUCHE</u>	-1.25	-1.00	180	

Vision de loin :

Monture : OPTIQU

verre : ORGANIQUE ANTIREFLETS
BLEU

Montant de vision de loin :

ŒIL DROIT	500
ŒIL GAUCHE	500
MONTURE	500

Vision de près :

Monture :

verre :

Montant de vision de près :

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C.1500.00DH

T.V.A :250.00DH

VISUEL OPTICENS
Abdelhak El Mandour
Opticien - Optométriste
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 52 10 04

Boulevard El Qods N° 784 - Mandarona - Aïn Chok – Casablanca Tél./Fax : 05 22 52 10 04
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 813254

ICE : 000229849000040