

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

- Réclamation : 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

M22- 0020897

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société : 201644
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABOUDOU DJELIL
Date de naissance : 3-4-1958
Adresse : Rue Boufeker n°12
Tél. : 66779377 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. SAI Abdelkrim**
Spécialiste en Ophtalmologie
Boulevard Tantan, Résidence les Perles
de Bourgogne 1^{er} Etage Appt N° 7
Bourgogne, Casablanca
Fix: 0522 39 39 64
Date de consultation : 28/03/2024
Nom et prénom du malade : ABOUDOU DJELIL Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Aff. oculaire
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 Praticien des Actes
29/3/24	CP + P		30100	Dr. SAM AGDEWKRIM Spécialiste en Ophtalmologie Boulevard Tantar, Résidence Les Palmiers de Bourgogne, 1er Etage Appt N° 1 Bourgoane, Casablanca Fix: 0522 39 39 64 INPE 071083208

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	

29/3/24

m + v

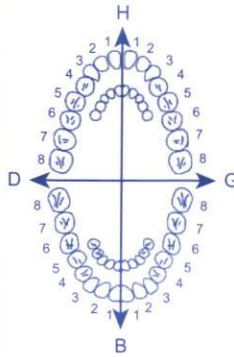
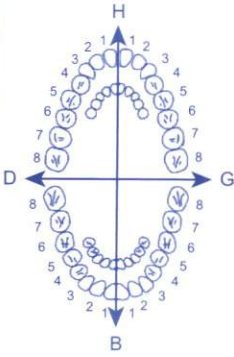
3000 Ds

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																						
				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> <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																								
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

- Ancien Attaché à l'Hôpital 20 Aout de Casablanca
- Ancien Chef Service Hôpital El Antaki de Marrakech
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
- Chirurgie de Cataracte par Phacoemulsification
- Strabisme - Lazer Retine
- Angiographie - Contactologie
- OCT



- ملحق سابق بقسم طب وجراحة العيون بمستشفى 20 غشت الدار البيضاء
- رئيس سابق لقسم طب وجراحة العيون بمستشفى الأنطاكي مراكش
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
- اختصاصي في طب وجراحة العيون
- جراحة الجلالة بالصدى الصوتي
- الحول - الليزر - أمراض شبكة العين
- تصوير أوعية شبكة العين
- تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة

Casablanca le

28/13/24

في الدار البيضاء

ABOUBOU RACHID

Se u progressifs

u loui ont = +1,75 (to, 75 a' 25°)

ah = +1,75 (to, 75 a' 175°)

upres ont A44 = +2,50

ufnt ustice aentuflet
fctuflet chps lmp + anhn

Dr. SAI Abdelkrim
Spécialiste en Ophtalmologie
Boulevard Tantan, Résidence les Perles
1^{er} Etage Appt N°7
Boulogne - Casablanca

شارع طنطن، إقامة اللآلئ، بركون 64، الدار البيضاء، رقم 7 - بركون - الدار البيضاء

Boulevard Tantan, Résidence les perles de bourgogne, apt N° 18 - 1^{er} étage - Appt N°7 - Bourgogne - Casablanca

Tél. : 0522 39 39 64 - الهاتف : - email : abdelkrim.sai@gmail.com : البريد الإلكتروني

ADEN OPTIQUE

20230 CASABLANCA

Tél: 0522362905

rachid aboudou

FACTURE N° : F116148

Date : 29/03/2024

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
2		verre prgoressif antireflet	900.00		1800.00	20.0
1		monture optique	1200.00		1200.00	20.0

Corrections :

VL D. Sph: +1.75 Cyl: +1.75 Axe: 25° Add: +2.50

VL G. Sph: +1.75 Cyl: +0.75 Axe: 170° Add: +2.50

VP D. Sph: +4.25 Cyl: +1.75 Axe: 90°

VP G. Sph: +4.25 Cyl: +0.75 Axe: 75°

Paielements

Acomptes	3000.00
Tiers payant	0.00
Montant total payé :	3000.00
Solde :	0.00

Totaux

Total hors TVA :	2500.00 Dh
Montant TVA :	500.00 Dh
Total TTC :	3000.00 Dh