

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.

Diagnostique 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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° P19- 0047840

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11410 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIH HICHAM

Date de naissance : 11/07/72

Adresse : 42 lot KNADJA, DAR-BWAZZA
CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : NAZIH HICHAM Age : 47

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

Nature de la maladie : ZUSBYTE

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 : 24 / 09 / 19

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
24 SEPT 2019			250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/09/2019

95.00

27.09.19

5800.29 H

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

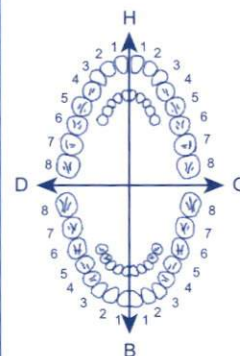
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D 00000000 G

35533411 11433553

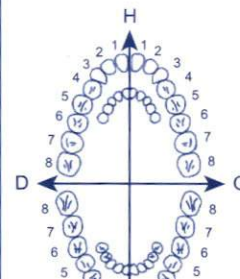
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



Docteur Marrakchi Chahib

Ophthalmologiste

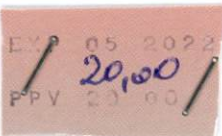
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Laser - Angiographie - Lentilles de contact
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الدكتور شهاب المراكشي

اختصاصي

في أمراض وجراحة العين
خريج كلية الطب بـتونس فرنسا



CASABLANCA, le 24 SEPT 2019

Mr NAZIH HICHAM

1 Ombre + V. Constrictus
falte lumière pleue y + AR
Euphorie

V. bon !

OD 2 + 0,75
OG 2 + 0,75 (40° + 0,25)
Ad + 1,75

Mod'optic
& Rue d'Agadir - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 22 63 45
GSM: 06 61 16 58 04
modoptique.ma

T SWP

Boulevard ZERKTOUNI.1er ET. CASABLANCA

7.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60

LEVOPHTA 0.05%
Collyre Sol

ZERKTH PHARMIA
PPV : 75 CO DMS
AMM N°41 DMF/21/TIQ

LOT
FAB
EXP

25.90 LEUOPHTA 1 fl
1 flte x 3/2 → tut left
20.00
- Correctol 1 fl
1 flte x 3/2 → tut left
35.00

PHARMACIE DAR BOUAZZA

ZAHZOUHI Amina

Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93

Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

Dr. CHABIB
OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux
330, Bd Zerktouni - Casablanca
Tél. : 0522 22 00 85 et 0522 47 57 60

Mod'optique

Opticien - Optométriste
Diplômé de l'Institut des Arts et Métiers
de Bruxelles
Lentilles de contact
Lunettes de correction et solaires
Examens de la vue

M. NAZIH HICHAM

FACTURE CLIENT N° : F19/1372

Date : 27/09/2019

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **NAZIH HICHAM**

Date de naissance : 11/07/1972

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

Corrections :

VL D. Sph: +0.75 Add: +1.75

VL G. Sph: +0.75 Cyl: +0.25 Axe: 40° Add: +1.75

VP D. Sph: +2.50

VP G. Sph: +2.50 Cyl: +0.25 Axe: 40°

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
INDO ACTIVA SUPERFIN Org ENERGIE BLEU	1900.00					1900.00
INDO ACTIVA SUPERFIN Org ENERGIE BLEU	1900.00					1900.00
CLAIRE DISTRIBUTION SILHOUETTE 2889 10 51 6119	2000.00					2000.00
TVA (20%) (Dh)	966.67					
TOTAL TTC (Dh)	5800.00					5800.00
NET A PAYER par l'assuré (Dh)	5800.00					

Mentions légales

INPE : 095016739

Mod'optique
364, angle Mustapha El Maani
& Rue d'Agadir - Casablanca
Tél / Fax: 05 22 22 63 45
GSM: 06 64 88 58 04
modoptique@menara.ma