

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 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise 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.

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



NO : 17855

Déclaration de Maladie : N° P19-0004347

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 325 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAGHR MUSTAPHA Date de naissance :
Adresse : cite INARA - Rue Fale 10
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : ESSAGHR Mustapha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : vice de Refraction
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 : 17/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :
VA

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
17/01/2020	CS		200 DH	

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
		AM	PC	IM	IV	
NOTR'OPTIC Angle Bd. 2 Mars et Bd. El Kods - Alg. N°5 Imm. Al Majd - Ain Chock - CASA Tél: 05 22 52 59 88	23.01.2020		matu A veue			3000,00 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
	MONTANTS DES SOINS																
	DEBUT D'EXECUTION																
FIN D'EXECUTION																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NACHAT Bouchaib

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd

20 Aôut Casablanca

- Membre de la société européenne de la chirurgie réfractive (Lasik)

- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques

ORDONNANCE

17/01/2020

Casablanca le :

ESSAGHIR Mustapha

PAIRE DE LUNETTE + MONTURE

DE LOIN

AR

Oeil Droit : +0,25 (-0,75) à 106°

Oeil Gauche : -0,75 (-1,00) à 90°

Dr. NACHAT Bouchaib
20 Aôut Casablanca
Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06
E-mail : nachat-b@hotmail.fr

الدكتور بوشعيب نشاط

اخصائي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

• عضو الجمعية الأوروبية لجراحة تصحيح النظر

• عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- جراحة العين : الكبار و الصغار

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر

- المستعجلات



NOTR OPTIC
Angle Bd. 21 Marsel 8d.
El Kods - Mag. N°5
Imm. Al Moid - Ain Chock - CAS
Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

شارع القدس إقامة الفتاح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء

B.d ALQODS RESIDENCE AL FATHE 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbine 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat-b@hotmail.fr

opticienne optométriste

Contactologiste

Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods
Imm Al Majd n°5 - Ain Chok
Casablanca - Tél. : 05 22 52 59 88
GSM : 06 80 08 52 40

Facture 0004985

N° Identification : 02202896

Patente : 34062115

R. C. : 127047

IRE: 0000 3733 50 00075

Nom et Prénom : ESSAGhin Mustapha Date 23.01.2020

Vision de Loin		Vision de Près	
OD : Sph	<u>+ 0,25</u> Cyl <u>- 0,75 à 106°</u>	OD : Sph	_____ Cyl _____
OG : Sph	<u>- 0,75</u> Cyl <u>1,00 à 90°</u>	OG : Sph	_____ Cyl _____

Double Foyer

OD : Sph _____ Cyl _____ ADD : _____

OG : Sph _____ Cyl _____ ADD : _____

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : <u>Optique</u>	1000,00 dh
	Verre : <u>Verre Organique</u> <u>Anti-reflets Aminci</u>	2000 dh

Montant en lettres : Trois mille
DinHams

Total 3000 dh

NOTROPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
El Kods
Imm. Al Majd - Ain Chok - CASA
Cachet & signature N°5
Tél : 05 22 52 59 88