

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

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

N° M21- 040750

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234 Société : 80235
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAFFI Abdelkader
 Date de naissance : 21/01/1958
 Adresse : Bld: O. NEQF HAY SAADA HAY
 HASSANI CASA.
 Tél. : 0624315818 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/2021
 Nom et prénom du malade : SAFFI ABDELKADER Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

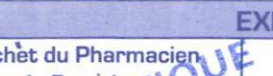
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/08/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

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
07/07/2021			3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/08/21	3400,-

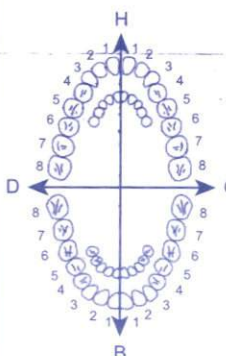
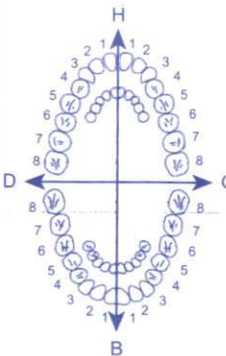
[illegible][illegible]

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'odontologie.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FATIMA AMIR

Spécialiste en chirurgie et maladies des yeux

- Lauréate de la faculté de Médecine et de pharmacie Casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital 20 Août Casablanca
- Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'hôpital Hassan II Khouribga
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital Sekkat
- Membre de la société française d'Ophtalmologie

- Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification
- Chirurgie de Glaucome, Chirurgie de Strabisme
- Chirurgie réfractive (Lasik) - Ophtalmo-pédiatrie
- Laser - Angiographie rétinienne - OCT - Echographie Oculaire...



الدكتورة فاطمة عامر

طبيبة اختصاصية في طب وجراحة العيون

- خريجة كلية الحسن الثاني للطب والصيدلة
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيبة عيون سابقا بمستشفى 20 غشت
- رئيسة قسم طب العيون سابقا بمستشفى الحسن الثاني خريجة
- طبيبة عيون سابقا بمستشفى السقاط
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

- متخصصة في جراحة الجلالة وتصحيح النظر بالليزر من جامعة السربون بباريس
- متخصصة في علاج أمراض شبكة العين من جامعة السربون بباريس
- متخصصة في علاج وجراحة الحول وطب عيون الأطفال من جامعة نانت بفرنسا

طبيبة مرخصة لأداء الشواهد الطبية لرخصة السياقة

- Diplômée en imagerie
et maladies rétiniennes à
la faculté de médecine
Lariboisière (Paris Sorbonne)

- Diplômée en Chirurgie
réfractive et Phacoémulsification
à l'université de Toulouse III

- Diplômée en
ophtalmologie-pédiatrique
et strabologie avancée à
la faculté de médecine Nantes

- Diplômée en Adaptation
de lentilles de contact
à l'Université Bordeaux II

Casablanca, le

05/07/14

الدار البيضاء، في

Ordonnance

Dr. Sofien Abdelkader

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404, Av. Abdelrah Serradj, Dnssia I
Tél: 0522 80 18 36 - Casablanca

OK = + 1.75 (- 0.75) 85

OK = + 2 (- 1) 60

Addition = + 3 000

تجزة لبنى 1، إقامة لبنى رقم 1 طريق 1100 - سيدي معروف (أمام مسجد الأدارسة)

الهاتف: 05 22 78 45 46 / 06 45 03 03 14 - البريد الإلكتروني: docteuramirfatima@gmail.com

70
7175

- Zaley : 14 x 8



ZALERG 0.25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV 75,70 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

DS



14 x 8

2

Vinca box



88,10

14

23

J

164,70

Dr. AMAL EL KHALIL
Ophtalmologue
Rés. Loubna 1 - Etg. 1 - N° 2
en face de Jamaa Al Adarouf
Tél : 05 22 78 45 46 - INPE : 09103252

PHARMACIE NASRI
Dr. Rachid NASRI
15bis Bloc 2 Cité Communale
Hay Hassani-Casa
Tél : 022 93 28 74



IF : 02520198
ICE : 00182301700027
INP : 095004081

K ^ DER OPTIQUE

FACTURE

No. 00258

Casablanca .le

M

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur ANLIK

Ordonnance du docteur

ANIR

**NRS de nomenclature
correspondants à
la prescription**

Loin $\begin{cases} \text{O.D.} = \\ \text{O.G.} = \end{cases}$

Prés { O.D. =
O.G. =

D.F. $\begin{cases} \text{O.D.} = 52 \\ \text{O.G.} = 52 \end{cases}$

FOURNITURE :

Montures :

2 Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

ANDER OPTIQUE

OPTICIENNE - OPTOMETRIE

404, Av. Abdellah Serhaji, Orissia 1

073 - Fax: 0522 80 18 36 - Casablanca