

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- 0018792

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2335 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KAÏSSA Mohamed 192427
Date de naissance : 1er 07 1957
Adresse : habituelle
Tél. : 06 41 93 98 77 Total des frais engagés : 3599,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 / 8 / 2022
Nom et prénom du malade : Nadj Fatima Age : 1978
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ophtalmologique
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
Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 25 / 08 / 2022

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
25/8/2022	AS170	(1)	250,170	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/8/2022	349,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

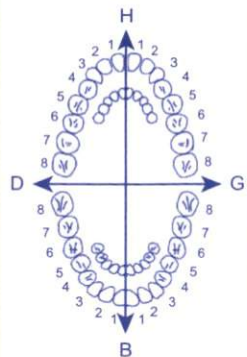
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/8/2022					3000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

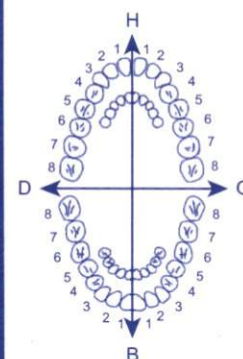
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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

Docteur Wafae Bennani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies & Chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Montpellier

Ancienne Chef de Service de l'Hôpital

Sidi Othmane



الدكتورة وفاء بناني

طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب مونبيلي بفرنسا

طبيبة رئيسية سابقا بمصلحة طب العيون

بمستشفى سيدي عثمان

Casablanca, le 25/8/2022

Noureddine Rakimie

lunette pr N

OD - 3,25 (-0,25 @ 65°)

OC - 2 (-1,75 @ 35°)

Addit $\text{cyl} + 1$

OPTIQUE EL FATH
Opticien Optométriste
IF: 40178251 - RC: 377480
ICE: 0008056000089



شارع محمد بوزيان إقامة فرحتين عمارة 6 رقم 5 الطابق 2 - سيدي عثمان (قرب أسيميا - تحت BMCI) - الدار البيضاء

Avenue Med Bouziane, Résidence Farhatine Imm. 6, Appt. 5, 2ème Etage - Sidi Othmane

(Près d'Acima, Au Dessus BMCI) - Casablanca - Tél.: 05 22 57 80 31 : الهاتف

Ouverture de 9h à 16h

Docteur Wafae Bennani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies & Chirurgie des yeux
Affiliée de l'Université de Montpellier
Ancienne Chef de Service de l'Hôpital
Sidi Othmane



الدكتورة وفاء بناني

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب مونبلييه بفرنسا

طبيبة رئيسية سابقا بمصلحة طب العيون

مستشفى سيدي عثمان

Casablanca, le : 25/8/22

Re Naudy Pokimé

(1) Zolux

15/20/3

4gt

M

S

(3x)

3min

(2) Phylance

(1 G.B.)

99/3

pour 20 3 lances oc/5

(3) optipend

23/40

M

4gt x 3/5 x 1 sur

شارع محمد بوزيان إقامة فرحتين عمارة 6 رقم 5 الطابق 2 - سيدي عثمان (قرب أسيميا - تحت BMCI) - الدار البيضاء

Avenue Med Bouziane, Résidence Farhatine Imm. 6, Appt. 5, 2ème Etage - Sidi Othmane

(Près d'Acima, Au Dessus BMCI) - Casablanca - Tél.: 05 22 57 80 31 : الهاتف

Ouverture de 9h à 16h

75,70



6 118001 102495

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



75,70



6 118001 102495

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



75,70



6 118001 102495

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



أوبتيرد
Optipred

Lot: YF0111

Fab: 05 21

Exp: 05 23

PPV: 23 DH 40



HER MEDIC
PPC

99.00 DHS

unidoses stériles de 10 ml





Bd. Moudibokeita, Bloc «j» N° 83

Casa - GSM : 0661 97 79 82

Patente : 36616616

شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83

الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82

الباتانت : 36616616

FACTURE

N° 0019160

Casablanca, le : 29/8/22

M: NADIF FATIMA

N° de Nomenclature :

OPTIQUE EL FATH
Opticien Optometriste

Docteur :

WAFIE BENNANI

IF: 40178191 - RC: 377480
ICE: 0008056000089

Monture:

Optique

1000

Verres:

ORMA AR 1.6 BLUE

2000

VL:

OD:

-3,25 (-0,25 = 65)

OG:

-2,00 (-1,75 = 36)

VP:

OD:

+1

OG:

+1

Total :

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

3000,00

OPTIQUE EL FATH

Opticien Optometriste

IF: 40178191 - RC: 377480

ICE: 0008056000089

[Signature]