

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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° P19-0027918

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1963 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKILI AHMED

Date de naissance : 01.07.1948

Adresse : HAY TARIK Rue 32 N° 9

BERNOUSSI - CASAB

Tél : 0522754454 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AKILI HASIBA Age :

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

Nature de la maladie : ophtalmo

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 Paiement des Actes
29/08/19			2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

29/08/19

122.10

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

02/09/19

3600

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

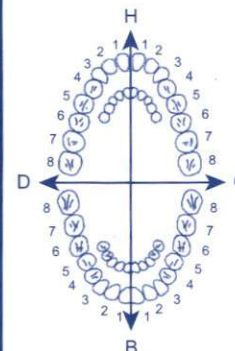
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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]

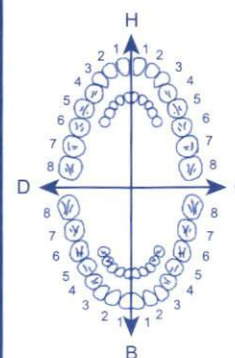
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. CHAHID Bouchra

Ophtalmologiste
Diplômée de l'Université de Lyon (France)
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des yeux
Laser phacoemulsification
Correction de la Myopie par lasik
Diplôme Universitaire de Contactologie
et Biomatériaux



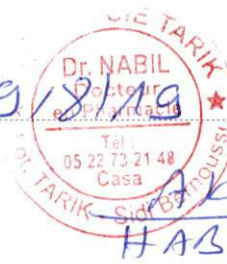
الدكتورة شهيد بشري

اختصاصية في طب العيون
خريجة جامعة ليون (فرنسا)
عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون
أمراض وجراحة العيون بالليزر
علاج قصر البصر باللازك

Casablanca, le

29/8/19

الدار البيضاء، في



1) Lunettes + Verres progressifs
antireflet

OD +1,50 (-0,25 = 80%)

VL +2,75 (-0,50 = 95%)

2) 27.80 + 2,25 OD
I Cu 8 19.4 2.4 15 + 8.00
26.60
F. Achide x 1.50 x 4/5 x 8.00
28.00

3) Leucophtia - 1.50 x 4/5 x 1.00
Dr. Bouchra CHAHID
Ophtalmologiste
Hay Tarik, Rue 40 N° 22
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél: 05 22 75 04 35

حي طارق - زنقة 40 - رقم 22 - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 75 04 35

127.10

Hay Tarik, Rue 40 N° 22 - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 04 35

ICE : 001707296000027



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : 002289

Date : 02/09/19

Mr : AKILI HABIBA

Docteur :

Type des Verres :

organe ultralight

Monture :

plastique

1200

* Vision de Loin :

OD

Axe

80

Cyl

-0.25

Sph

+1.50

1200

OG

Axe

95

Cyl

-0.50

Sph

+2.75

1200

* Vision de Prés :

OD

Axe

-

Cyl

-

Sph

-

OG

Axe

-

Cyl

-

Sph

-

Add : +2.25

Montant : 3600

Optique Nille pour Cent
Optométriste & Opticien

Trans Nille s'ia cet dirh

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211

Juin 201					
L	M	M	J	V	
2	3	4	5	6	
9	10	11	12	13	
16	17	18	19	20	
23	24	25	26	27	
30					

173-192

ZENITH Pharma

AMMN° 218/16 DMP/21/NRQ

PPV : 24,60 DH

LOT: 408
FAE: 01-20
EXP: 01-20

408

01-20

01-20

8

9

10

1963

11

12

1pm

PPV : 27 DH 50



2

LENOPHTA 0.05%
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
PPV : 75,00 DH
AMMN° 41 DMP/21/NRQ

LOT: 14359
FAE: 03-2019
EXP: 03-2021

75,00

6