

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
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.

Educations :

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.

Prothésaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0031102

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 580

Société : 21312

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Ret.

Nom & Prénom : ALB BOUTAIE

Date de naissance : 1941

Adresse : OPSR

Tél. : 06 28 86 05 39 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2020

Nom et prénom du malade : Nidal Boutaie

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : affection dentaire

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) :

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

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
06/03/2020	C2		26900	

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
		A M	PC	IM	IV	

X OPTIC S.A.R.L.
OPTICIEN OPTOMETRISTE
 80, Avenue Mohammed VI, Casablanca
 Tél: 05 22 78 01 01

09/03/2020

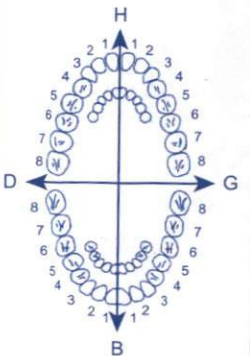
3600 d.h.

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 canalaires, ainsi que le b

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

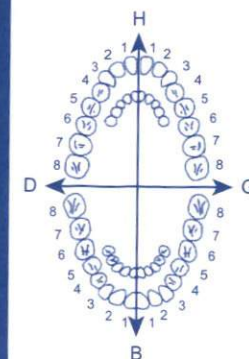
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجاد سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

Monsieur Bouchaib HRAR
Casablanca, le vendredi 06 mars 2020

Verres et monture pour vision de loin et de près :

Œil droit : (110° -1.50) -1.50, Addition +2.75

Œil gauche : (100° -2.75) +2.75, Addition +2.75

Verres avec antireflets

Verres avec filtre bleu

En verres progressifs

Siham NAJID



Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري، إقامة ندى "A" الطابق الثالث مقابل مدار المستقبل سيدي معروف الدار البيضاء

X - OPTIC

RES. BACHKOU IMM82 MAG.6&7

SIDI MAAROUF- CASABLANCA

TEL.:05 22 78 01 01

TP:34092157- RC:308097-IF:15182364

CNSS:41666

Tél: 05 22 78 01 01

Mme bouchaib hrar


FACTURE N° : F20/0005

Date : 09/03/2020

Prescrit par :

No ID :

En date du :

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
organique antireflet	1	500.00	500.00	20.0
organique antireflet	1	500.00	500.00	20.0
optique	1	800.00	800.00	20.0
organique antireflet	1	500.00	500.00	20.0
organique antireflet	1	500.00	500.00	20.0
Monture optique	1	800.00	800.00	20.0
				
Corrections : VL D. Sph: -1.50 Cyl: -1.50 Axe: 110° Add: +2.75 VL G. Sph: +2.75 Cyl: -2.75 Axe: 100° Add: +2.75 VP D. Sph: +1.25 Cyl: -1.50 Axe: 110° VP G. Sph: +5.50 Cyl: -2.75 Axe: 100°				
Total	6		3600.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
3000.00	600.00	3600.00		3600.00 Dh

OPTIQUE VOUS REMERCIER POUR VOTRE VISITE