

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 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

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-520360

MD = 24364

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02382

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOU TAKI

Hassan

Date de naissance : 15-6-69

Adresse : 4601 lot 4

Densuc

Tél. : 0667773794

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15. FEB 2009

Nom et prénom du malade : ABOU TABI SALMA

Age : 42

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Cécité de refraction

Enfant

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 : 13/03/2009

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
15 FEV 2010	gynoh)		250 DH	INP : 0910488381 Dr Bouchra KARI Médecin Gynéco- Médecin de Famille 13 Centre de Santé El Moudawine

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/2/20	201,32€

NP #: 06691072 ANALYSED

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

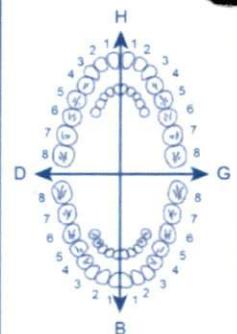
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EUR 100 Bd. 10 Mars Sidi Othmane tel: 05 22 59 70 31	25/02/2023					EUR 100 Bd. 10 Mars Sidi Othmane tel: 05 22 59 70 31

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

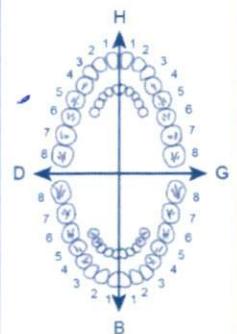


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. Bouchra KARI

OPHTHALMOLOGISTE



الدكتورة بوشري كاري

افتراضية في أفران وجراحة العيون

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيبة معتمدة لرخصة السياقة

- Membre de la Société Française d'ophtalmologie
- Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août
- Médecin Agrée pour Permis de Conduire

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

15 février 2020

Mme ABOU TABIT Salma

20.00

1/ CORRECTOL: COLLYRE



LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml

LOT: 1000
H4800
FAB: 07-2019
EXPI: 06-2021

1 goutte 3 fois par jour, pendant 15 jours

25

2/ LEVOPHTA COLLYRE



1 goutte 2 fois par jour
(agiter avant application), pendant 1 Mois

130.

3/ HYFRESH

1 goutte 3 fois et à la demande, pendant 1 Mois

22/01/20



241, شارع محمد بوزيان إقامة فرختين 13 الطابق الثاني رقم 5 حي السلامة 3 - الدار البيضاء

241, Bd Med Bouziane Rés Farhatine Imm 13, 2ème Etage, N°5 Hay Essalama 3 - Casa 241 (أمام مقهى الهدوج) Tél.: 05 22 59 89 23

Dr. Bouchra KARI

OPHTHALMOLOGISTE



الدكتورة بوشري كاري

امتهانة في أمراض وجمراة العيون

- Membre de la Société Française d'ophtalmologie
- Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août
- Médecin Agrée pour Permis de Conduire

• عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

• طبيبة سابقاً بمستشفى 20 غشت

• طبيبة معتمدة لرخصة السيارة

Casablanca, le : _____ الدار البيضاء، في :

15 février 2020

Mile ABOU TABIT Salma

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = (- 0.25 à 175°)

OG = Plan (- 0.75 à 160°)

EUR 8d, 10 Mars Optique
221 Bd Med Bouziane Rés Farhatine - Casablanca
Tél: 05 22 59 70 31

221 Bd Med Bouziane Rés Farhatine - Casablanca
Tél: 05 22 59 70 31
Optique Dr Bouchra KARI

241، شارع محمد بوزيان إقامة فرحتين 13 الطابق الثاني رقم 5 حي السلامة 3 - الدار البيضاء
241, Bd Med Bouziane Rés Farhatine Imm 13, 2ème Etage, N°5 Hay Essalama 3 - Casa
(أمام مقهى الهدج) Tél.: 05 22 59 89 23

EURO OPTIQUE

Bd. 10 Mars N°66 Sidi Othmane Casablanca Tél.: 05 22 59 70 31

E-mail: Euro optique@hotmail.com

PATENTE : 37203164

Facture N° :

0004746

Casablanca, Le 29.02.2008

M Abou TABIT SALma

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur.....	O.D. 407 O.G. 407	O.D. — O.G. —	O.D. — O.G. —

FOURNITURES:

MONTURES:

optique

60,-

VERRES:

lunettes Anti-reflets

O.D.:

(-0,25 à 175)

—

500,-

Vision de Loin

O.G.:

(0,25 à 160)

—

50,-

O.D.:

Vision de Près

O.G.:

EURO OPTIQUE
Bd. 10 Mars Sidi Othmane
Casa
Tél.: 05 22 59 70 31

TOTAL

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

4600,-