

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.

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

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° P19-0029456

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

33 178 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2921 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIL DRISS

Date de naissance : 21-06-1984

Adresse : CASAB

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. TAMARY JAHIA Ep. SABIL

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

Nature de la maladie : cancéreux

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 : CASAB Le : 04/03/2020

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
30/06/2020			200DH	

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	P C	I M	I V	
AL FIRDAOUS VISION 202 Bd Abdelmoumen RDC N°5 Casablanca GSM: 06 48724173						2300,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

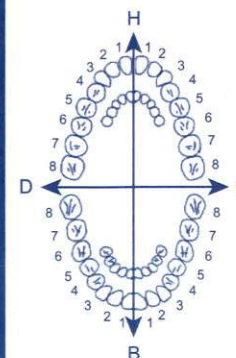
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
اللايزر....

Casa le :

30/08/2020

Mme SABIL Saadia

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 1.00 (- 0.50 à 86°)

OG = + 1.75 (- 0.50 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois

AL FIRD'AUS VISION

202 Bd. Andemoumen RDC N°5

Casablanca

GSM : 06 48724173

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 91 41 11

ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

FACTURE

FACTURE N° : **195/2020**

CLIENT : **SABIL SAADIA**

DATE FACTURE :

AL FIRD AOUS VISION
202 Bd Abdemoumen RDC N°5
Casablanca
GSM : 06 48724173

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : <u>1</u> perlo	500,00 DH
Verres : <u>OG1</u> progressif antireflets xtra gris indo N10	900,00 DH
<u>OD1</u> progressif antireflets xtra gris indo N10	900,00 DH
Nomenclatures : OD : +1.00 (-0.50 à 86°) , Add = +3.00 ,Prisme = +0.00	
OG : +1.75 (-0.50 à 95°) , Add = +3.00 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS TTC

Total TTC : 2 300,00 DH

Total HT : 1 916,67 DH

TVA 20% : 383,33 DH

PAYE PAR CHEQUE

Frais de Timbres : 0,00 DH

Montant Total Payé : 2 300,00 DH

428231

34700825

AL FIRD AOUS VISION
202 Bd Abdemoumen RDC N°5
Casablanca
GSM : 06 48724173

Code INPE



123456789

ICE 00223025300090