

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.

Diagnostique 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

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- 051214

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **39874** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9445** Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **EL MOATAQID Brahim**
Date de naissance : **30/03/1966**
Adresse : **Amal 1 Rue 32 N°4 Bernoussi**
Casablanca
Tél. : **06 19939553** Total des frais engagés : **1500,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **19/08/2020**
Nom et prénom du malade : **EL MOATAQID BRAHIM** Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **affection oculaire**
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 : **14 SEP. 2020**
Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
14 SEP. 2020
ACCUEIL

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
19/08/20			250 m	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11-05-2020	1, 250 m

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

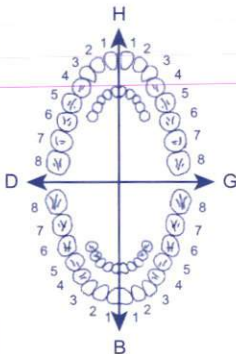
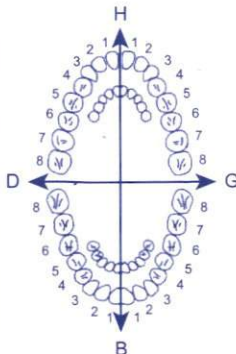
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 ASRARGUIS ABDELGHANI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Chirurgie Vitéo-rétinienne chirurgie de la cataracte
par Phaco émulsification

Laser - Angiographie - Aontactologie - Strabologie
Ancien interne des hôpitaux de Nice France
Ancien praticien au C.H.U de Nice France
Titulaire du diplôme européen d'Ophtalmologie
(European Board of Ophtalmologie)



الدكتور أسرار كريس عبد الغني

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالفاكو أشعة فوق الصوتية

أمراض وجراحة الشبكية

طب الحول - ليزر - أنجيوغرافي - العدسات

خريج جامعة نيس بفرنسا

19/08/2020

Monsieur EL MOATAQID Brahim

PROGRESSIFS

Oeil Droit : +1,75 (-0,75) à 85° , Addition + 2,50

Oeil Gauche : +1,50 (-0,50) à 90° , Addition + 2,50

ANTIREFLET

OPTIQUE MOUSTAOU
Opticien Diplômé
100, rue de la République
06100 NICE
Tél: 0522 20 13 16

ASRARGUIS Abdelghani
OPHTALMOLOGUE
Ancien Interne des Hôpitaux de Nice France
Ancien Praticien au C.H.U de Nice
Titulaire du Diplôme Européen d'Ophtalmologie
1er Etage - Tél: 0522 20 13 16

1, Angle Rue Ennakla & Rue Prince MLY Abdellah (à côté Café Caméleon)

Tél.: 05 22 20 13 16 - Urgences: 06 61 93 60 94

E-mail: agasrarguis@gmail.com

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste

Bloc Kodia 106 Bd.E

N°7 Bis - EL Hay Mohammadi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428



نظارات مسباوي

اختصاصي في النظارات البصرية

بلوك الكدية 106 شارع E

الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا : 32825428

N° 002740

Ordonnance de M.le Docteur: Dr ASBAR ISSA AIBETZ
CHAM

N° DE nomenclature <u>401</u>	
Correspondant à la prescription	
LOIN	O.D. <u>+1.75 / 2.00 x 85°</u> O.G. <u>+1.75 / 2.00 x 90°</u>
	PRES
	O.D. <u>+0.50 / 2.00</u> O.G. <u>+0.50 / 2.00</u>

FOURNITURE

Monture: plastique

710 SM

Verres: verres anti-refl

3100 SM

Etuis: _____

Total: _____

4200 SM

Arrêtée la présente facture à la somme de
Casablanca, le 11-09-2020

M. ou Mme: EL MONTAGI D. BRAHMI

Quatre mille deux cents

cent cinquante