

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.

Maladie chronique :

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° P19-0040508

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11135

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JEBBART ABDELLATIF

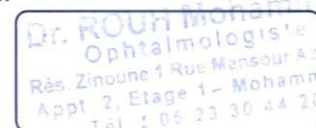
Date de naissance : 31/12/1970

Adresse : 39 Rue EL YASTINE HAY ERRAHA
APT 7 CASABLANCA

Tél. : 0661372543 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2020

Nom et prénom du malade : JEBBART ABDELLATIF Age : 50 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

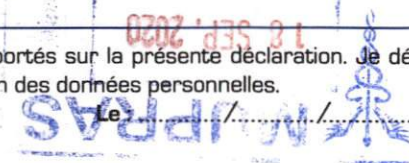
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
29/05/20	C5		2000	Dr. ROUH Moham... Ophtalmologiste Rés. Zinoune 1 Rue Marjoun A3 Apt 2, Etage 1 - Mohamm... Tél. : 05 23 30 44 20

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
		AM	PC	IM	IV	

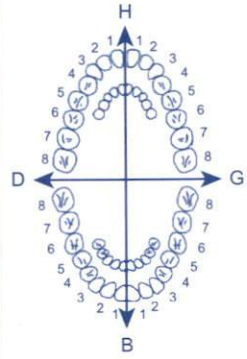
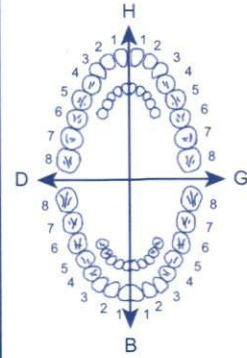
ADEN OPTIQUE OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE Lot. El Beyroun, Rés. El Fath Aboujaouh Casablanca Tél. 0522 352 00	14/05/20 Lehr					3800 ML
---	------------------	--	--	--	--	---------

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 canalaires, 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 <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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'EX

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste



الدكتور الروح محمد
أخصائي أمراض وجراحة العيون

* Ancien Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
* Ancien Medecin Chef du Service d'Ophtalmologie
à l'Hopital Moulay Abdellah.

* طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
* رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي
عبد الله سابقا.

المحمدية في 02/09/2022 Mohammadia Le :

FERRAR: Abdelhakif

1, 1 _____ RS ✓

OD = $(-1,50 \sim 43^\circ)$

OG = $(-1,25 \sim 142^\circ)$

at night

2, 1 _____ the op

ONG: Add + 2

Zinoun

ADEN OPTIQUE SARI AU
OPTICIE - OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE
Lot El Beyrouni Lot 48 Rés El Fair
Alger - Casablanca Tél. 0522 362 905

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste
20 Août 1 Rue Mansour Addahbi
2. Etage 1 - Mohammadia
05 23 30 44 20

إقامة زينون 1 زنقة منصور الذهبي الطابق الأول الشقة 2 - المحمدية
Rés. Zinouné 1 Rue Mansour Addahbi Appt. 2 Etage 1 - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 44 20

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste



11135

الدكتور الروح محمد
أخصائي أمراض وجراحة العيون

- * Ancien Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
- * Ancien Medecin Chef du Service d'Ophtalmologie à l'Hopital Moulay Abdellah.

- * طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت
- * رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي عبد الله سابقا.

المحمدية في : 09/09/2022 Mohammadia Le :

FERRAR: Abdelatif

11 chikwa h
 $\frac{2 \mu \times 3' - 2 \mu \times 1'}{1'}$

2, si c'est pte c all
 $\frac{2 \mu \times 3' - 2 \mu \times 1'}{1'}$

3, le goph h h all
 $\frac{2 \mu \times 2' - 1' \times 1' \text{ mms}}{1'}$

Dr. ROUH Mohammed
Ophtalmologiste
Ras Zinoun 1 Rue Mansour Addahbi
Appt. 2 Etage 1 - Mohammedia
Tél : 05 23 30 44 20

M.C.E 11135

ADEN OPTIQUE

20230 CASABLANCA

Tél: 0522362905



MR Abdellatif JEBBARI

FACTURE N° : F105431**Date : 14/09/2020.**

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
2	VER	Verres organique antireflet progressifs	1500.00		3000.00	20.0
1	MON	Monture optique	800.00		800.00	20.0

Corrections :

VL D. Sph: PLN Cyl: -1.50 Axe: 43° Add: +2.00

VL G. Sph: PLN Cyl: -1.25 Axe: 142° Add: +2.00

VP D. Sph: +2.00 Cyl: -1.50 Axe: 43°

VP G. Sph: +2.00 Cyl: -1.25 Axe: 142°

Paielements

Acomptes	3800.00
Tiers payant	0.00
Montant total payé :	3800.00
Solde :	0.00

Totaux

Total hors TVA :	3166.67 Dh
Montant TVA :	633.33 Dh
Total TTC :	3800.00 Dh

ADEN OPTIQUE SARL
OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE
Lot 21, Boulevard Lot Na. Rd. El Fath, 2014 Rue
Aden Optique Casablanca Tél: 0522 362 905

ADEN OPTIQUE VOUS REMERCIE POUR VOTRE VISITE

Rue Ibnou jahir et rue Abou WaQt - Bourgogne - Casablanca / Tél : +212 5 22 36 29 05
Patente : 35697640 - RC : 389711 - IF : 24930063 ICE : 001985165000029