

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.

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 canaux, 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 canaux.

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.

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- 059756

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11413 Société : RAM 41334
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZOUINRA AHMED
Date de naissance : 02/05/1987
Adresse : 4005 Rue GHARB Imb TITANE
Mohammed
Tél. : 06 66 354186 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/09/2020
Nom et prénom du malade : Zouinra Ahmed 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 : Mohammed Le : 16/09/2020

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
16/09/2022	Consultation	250 DH		

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	
	16/09/2022					2500,00 DH

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 bilan d

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]			MONTANTS DES SOINS														
	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

Docteur Amine BENSEMLALI

الدكتور أمين بن السملالي



OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
Maladies et chirurgie de la rétine
Echographie, Laser, Angiographie, OCT, IVT

Diplômé de la faculté de médecine de CASABLANCA
Ancien médecin de l'hôpital des Quinze-Vingts PARIS

إختصاصي في أمراض العيون
جراحة الجلالة بالليزر
أمراض و جراحة الشبكة

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابقا بمستشفى 20 / 15 بباريس

16 septembre 2020

Mr. ZOUINKA Ahmed

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL : OD = - 0.75 (- 0.25 à 115°)

OG = Plan (- 1.00 à 5°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.25

لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور
Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

شارع عبد الرحمان الصرغيني إقامة راوية رقم 4 الطابق الأول (أمام محطة القطار) - المحمدية

Av Abderrahmane Serghini Résidence RAWIYA 1er Etage N° 4 (en face de la gare ONCF)

Mohammedia Tél : 05 23 31 12 12 / 30 Urgence : 06 64 44 65 50 E-mail : dr.abensemlali@gmail.com



بصريان الخطابي

KHATTABI OPTIQUE

Opticien - Optométriste - Contactologue

Facture

N°

0001144

16/09/2020

Mohammedia, le :

M :

ZOVINKA AHMED

N° de Nomenclature :	431	Prix
Docteur :	Amine BEN Souda	
Monture :	Castiglione 6001	
Type de Verre :	Progressifs digas, digas	
V.L :	AL	
O.D :	175 - 0.25 - 0.5	2000,
O.G :	15 - 0.1	1000,
V.P :		
O.D :		
O.G :		
Total :	212	9600,
Arrêtée la Présente Facture à la somme de :		
Dep Amine Souda		

Derb Duchemin Bloc 32 N° 17 EL Alia - Mohammedia - Tél.: 05 23 32 37 08

RC : 17906 - Patente : 39300449 - ICE : 002122489000009 - IF : 26070755