

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- 061511

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 447 Société : 45844

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Meunissi Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06.61.20.83.36 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi qu'à la fin de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
				Montant des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																					
			Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																						

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0065996	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0065996

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00447	
Nom & Prénom Marnissi Ahmed			
Fonction Retraité	Phones 06 61 20 83 36		
Mail marnissi.ahmed@gmail.com			
MEDICIN Dr. BERRAD Soumi Othmane Ophtalmologiste 3ème étage Maârif Avenue Mohammed VI Casablanca - Tél: 05 22 99 55 55		Nom du patient MARNISSI Ahmed Date <input type="text"/> Date 1ère visite <input type="text"/> Nature de la maladie affection oculaire + myopie S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <input type="text"/>	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2			250,00
PHARMACIE		Date 20/10/2020	
Montant de la facture		143,70	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 02/11/2020	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Optique			
		200,00 HT	
		cf facture	
		SUP	
OPTIMA VISION OPTICIEN Rue Abou Bakr Belkacem PC: 25000 Tél: 05 23 25 53 80			

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Laser

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجول عدسة الاتصال - الليزر - أخبيوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Dr. BERRADA SOUNI Chakib
Ophthalmologist
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maarif
Casablanca - Tél: 05 22 99 45 68

Casablanca, le : 22.10.2020 : في : الدار البيضاء

M^{re} Marnissi Ahmed

Lentilles de Contact (vues + Montures)
- progressif Anti-reflex

OPTIMA VISION
OPTICIAN
Rue Moukoko Karam Kolibari
Tél: 06 33 23 63 89

(Vd) $OS = (105^{\circ} - 975) - 4.50$
 $OL = (75^{\circ} - 1150) - 3.50$
(Vp) $amb = Ab + 2.25$

30,30

- I. Comb...

53,40

- Naaxia...

60,40

- Oxyal...

1113,20

18 x 3/1 K15

18 x 3/1 K15

18 x 3/1 K15

PHARMACIE KADAR
ATLANTIC MANSOURIA
Tél: 05 23 63 03 02

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophthalmologist
Galerie Familia Angle Rue Jura
Vergne 3ème Etage Maarif
Casablanca - Tél: 05 22 99 45 68

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien cinéma)

Familia 3ème étage - Maarif - Casablanca

Tél. : 0522.99.45.68/69

رواق فاميليا زاوية زنقة جورا و أوفرني (سابقا فاميليا سابقا)

الطابق - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.99.45.68/69

Optima Vision

Angle Rue Abou Kacem Kotbari
Et Place du Marché Badr – Bourgogne-
Casablanca – Maroc –
Gsm : 0633236380
Fax : 0522 471522

MR MARNISSI AHMED

Casablanca le, 02 Novembre 2020

FACTURE N° : 881

Intitulé	Quantité	Prix
MONTURE	1	2000
VERRE PROGRESSIF deg 1.6 $\phi 70$ OD = -4.50 (-0.75 x 10.5°) AM = +3.75	1	2000
VERRE PROGRESSIF deg 1.5 $\phi 70$ OG = -3.50 (-1.50 x 7.5°) AM = +2.75	1	2000
T.T.C		2000
REMISE		
TOTAL		2000

Arrêtée la facture à la somme de : Deux Mille DHS

Payé le 02/11/2020

OPTIMA VISION
OPTICIEN
Rue Abou Kacem Kotbari
RC : 292952
Tél : 0522 471522

Optima Vision

I.F : 40503182 – Patente : 35601915 – RC : 292952 ICE : 000441780000030