

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 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- 052331

N.D. 46491

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9159 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BRAHIMI Abdelhakim

Date de naissance : 16/05/1966

Adresse : Lot Chentouar, Re n° 1, Ville 2° 1, Cas

Tél. : 2570 Total des frais engagés : 3720,70 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : BRAHIMI Abdelhakim Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :


11 5 NOV. 2020

ACCUSE

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
03.09.2020			3001	 <p>Dr. Mohammed Moukoko DENTALMOLOGISTE Angle Bd. Abdou el Kader et Bd. Abdelmoumen 2ème étage N° 18 - CASABLANCA Tél: 0522 86 28 20 - GSM: 06 61 09 57 39</p>


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AYMANE AGUEDAH KAMAL Quartier Val Fleury 2 Bis, Rue Henri Murger, Résidence Tadj Elbi III, Casablanca Tél/Fax: 0522 99 69 21</p>	31/9/20	110.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

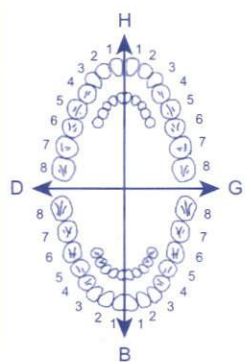
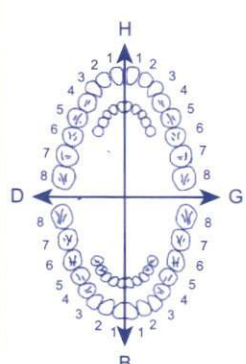
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 <p>OPTICAL MUSEUM Tél: 05 22 98 01 8</p>	14/10/2020					3300DH

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 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																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux
Chirurgie des voies lacrymales
Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie
OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)
Membre de la Société française d'Ophtalmologie

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le,03/09/2020.....

BRAHIMI Mohamed Khalil

75.2
35.70
110.70
- LEVOPHTA 0.05/° COLLYRE

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

- TOBRADEX COLLYRE (Tobramyc.Dexaméthas)fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

PHARMACIE ANMAN
AGUEDACH KAMAL
Quartier El Moudjahid, Rue Henri
Murger, Rd. Abdelmoumen, Casablanca
Tél: 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48 / GSM: 06 61 09 57 50

Angle Bd. Abdelmoumen, 2^{ème} étage N° 18
Tél: 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48 / GSM: 06 61 09 57 50
Dr. Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللايزر
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

اللايزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le,03/09/2020.....

BRAHIMI Mohamed Khalil

INCASSABLES

Oeil Droit : (90° -1,50) -1,00

Oeil Gauche : (75° -1,75) -0,50



OPTICAL MUSEUM *LIVE IN LUXURY*Client(e)**BRAHIMI MOHAMED KHALIL**

Date Facture	Facture N°
14/09/2020	1283

Nom.	Désignations	Qté	Prix Unitaire	Montant
	MONTURE OPTIQUE	1	2100,00	2100,00
	VERRE SIMPLE FOYER ORGANIQUE AVEC TRAITEMENT ANTI LUMIERE BLEUE			
	OD -:- Sph : -1,00 CYL: -1.50 AXE: 90°	1	600,00	600,00
	OG -:- Sph : - 0.50 CYL: -1.75 AXE: 75°	1	600,00	600,00

Net à payer : 3300,00**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

Trois mille trois cents dirhams

Dont T.V.A 20 %

OPTICAL MUSEUM
TEL : 05 22 98 01 88

19, RUE RACINE, VAL FLEURY, CASABLANCA - TEL : 0522980188- RC : 246013 N°CNSS 8912869

ICE : 000024484000084

N°patente : 34792219 - N°IF : 40437426