

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.

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.

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- 064033

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7301 Société : 47221

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Yacoubi Med jilal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FATM, FATINE 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064033

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 que le bilan 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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H														
	25533412	21433552													
00000000	00000000														
G															
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 <u>devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u>													

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 7301
Nom & Prénom <u>Yacoubi med Jaser</u>			MUPRAS Signature de l'adhérent
Fonction <u>EX COB</u>		Phones	
Mail <u>yacoubi.j@gmail.com</u>			
MEDECIN		Prénom du patient <u>Fatine Fatmi ep Yacoubi</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date <u>7/9/2020</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Vice de refraction</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Copht</u>			<u>Gratuit</u>
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>11 NOV. 2020</u>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date <u>28/09/2020</u>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
			<u>5000,00</u>

Dr WAFI MIRIAM

Ophthalmologue



الدكتورة وافي مريم
أخصائية أمراض وجراحة العين

Specialité Medico-Chirurgicale

(Université Hassan II - Casablanca)

Diplôme de Chirurgie Refractive

et Phacoémulsification (Toulouse)

Diplôme de Strabologie Oculomotricité (Nantes)

Diplôme de Contactologie / lentilles de Contact (Bordeaux)

Capacité de Medecine Aéropatiale (Paris V)

Diplôme d'OCT/Ophthalmologie (Bordeaux)

Agrément Permis de Conduire

دكتوراة الطب و التخصص
(جامعة الحسن الثاني - الدار البيضاء)

دبلوم تصحيح النظر بالليزر
وجراحة الجلالة (تولوز)

دبلوم علاج وجراحة الحول (نانت)

دبلوم تصحيح النظر بالعدسات اللاصقة (بورديو)

دبلوم طب الطيران (باريس V)

فحص الشبكية بالموجات الضوئية OCT (بورديو)

الفحص الطبي / رخصة السياقة

ORDONNANCE

Fatine Fatmi ep Yaouba

Casablanca, le 07 SEPT 2020

LUNETTES/ PROGRESSIFS
Ou 2 PAIRES VL/VP

VISION DE LOIN :

OD : + 1,25 (-0,25 à 170°)

OG : + 1,75 (-0,25 à 75°)

VISION DE PRES :

ODG : + 1,75 en addition.

Verres organiques

Traitement anti-

+ Monture solaire avec correction intégrée

VISUEL OPTICIENS
SARL AU
244, L'Essentiel Mandarona
Bd El Qods Ain Chok - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 52 10 04

Wafi Miriam
Ophthalmologue
Bd el Qods, 3ème Etage, Mandarona
Ain Chok, Casablanca
Tél. : 05 22 52 10 04

Imm 858, Lot 158, Bd el Qods, 3^{ème} étage (face pâtisserie Grain de blé), Mandarona - Casablanca

عمارة 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث أمام مخبزة كران دولبي، منطرونا، البيضاء

Tel : 05 22 50 65 65 - Gsm : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com

f Cabinet d'ophtalmologie Dr wafi miriam



FACTURE N° : 696/2020

LE 28/09/2020

Client Mme FATINE FATMI EP YACOUBI

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
<u>ŒIL DROIT</u>	+1.25	-0.25	170	+1.75
<u>ŒIL GAUCHE</u>	+1.75	-0.25	75	+1.75

Vision de loin :

Vision de près :

Monture : OPTIQUE

Monture :

Verre : ORGANIQUE ANTIREFLET

Verre :

AMINCIS UV PROGRESSIFS

Montant de vision de loin :

ŒIL DROIT	1750
ŒIL GAUCHE	1750
MONTURE	1500

Montant de vision de près :

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 5000DH

T.V.A : 833.34DH

VISUEL OPTICIENS
SARL AD
784, Lotissement Mandarona
Bd El Qods Ain Chok - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 52 10 04

Boulevard El Qods N° 784 - Mandarona - Ain Chok – Casablanca Tél./Fax : 05 22 58 10 04
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 8132540

ICE : 000229849000040