

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 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



52318

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014706

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4176 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OMARI ABDELMAJID Date de naissance : 01.01.1951
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0668.593259 Total des frais engagés : 1929,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. MOUFID Saadia

Cachet du médecin : OPHTHALMOLOGISTE
Imm. 662, 1er Etage, Bd Priss El Hatti Cité
Djamaâ, CASABLANCA - Tél : 05 22 59 96 60
Agrée Permis de Conduire
INPE 031021014
Date de consultation : 25/11/2020
Nom et prénom du malade : OMARI ABDELMAJID Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CORP étranger + Trouble de réfraction
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 Le : 10/11/2020
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	25-11-20	229,30

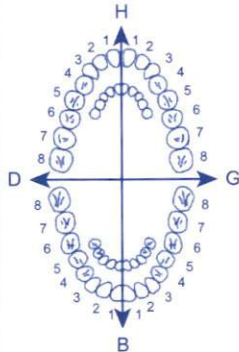
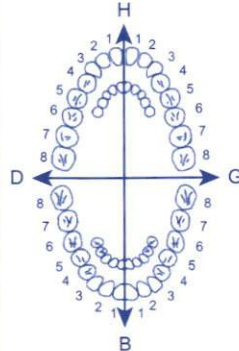
[illegible][illegible]

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

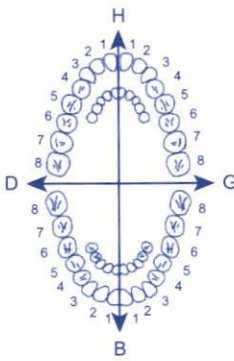
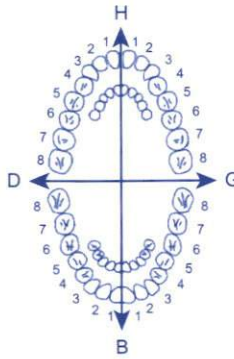
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. Moufid Saadia

Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex Médecin à l'Hôpital 20 Août

Ex Médecin à l'Hôpital Moulay Youssef

Ex Médecin à l'Hôpital Sidi Othman

Membre de Société française d'Ophtamologie

- Chirurgie de la cataracte

- Chirurgie des paupières et des vois - Lacrymales

- Galauomes - Diabete - Lasers



الدكتورة مفيد السعدية

أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

طبيبة سابقة بمستشفى سيدي عثمان

عضوة بالجمعية الفرنسية للعيون

جراحة الجلالة - جراحة الجفون ومسالك

الدموع - الضغط والسكري - الليزر

دار البيضاء ، في : 25 11 19

Comprime
OCULAIRE STERILE
10 compresses

25,00 OYAZI Abdelmajid
- Paracétamol ocular
Sterile

36,50 Chibroxine

147,00 Igtle 4x1
Thealose

20,80 Igtle 4x1

229,30 Malaxol
le soir

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM



CHIBROXINE 0,3%
COLLYRE Flacon 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHENA
B.P. N°1, Bouskoura - 27182 - MAROC

V02763C 00448 0919



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHENA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

شارع الدريس الحارثي العمارة 662 الطابق الأول قرية الجماعة الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 59 96 60
Bd Driss El Harti Imm 662 - 1^{er} Etage Cité Djemâa Casablanca - Tél : 05 22 59 96 60

Dr. Moufid Saadia

Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex Médecin à l'Hôpital 20 Août

Ex Médecin à l'Hôpital Moulay Youssef

Ex Médecin à l'Hôpital Sidi Othman

Membre de Société française d'Ophtalmologie

- Chirurgie de la cataracte

- Chirurgie des paupières et des vois - Lacrymales

- Galauomes - Diabete - Lasers



الدكتورة مفيد السعدية

أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

طبيبة سابقة بمستشفى سيدي عثمان

عضوة بالجمعية الفرنسية للعيون

جراحة الجلالة - جراحة الجفون ومسالك

الدموع - الضغط والسكري - الليزر

Casablanca, le : 28. 11. 2012 في الدار البيضاء

04Aiz' Abolmajid

NADIR OPTIQUE
Souad NADIR
672, Bd. 6 Novembre, Khar El Bhar 2
Casablanca

Anterie + Venes posterie

VL

$$OD = (55^{\circ} - 1) - 0,25$$

$$OG = Plan.$$

VL

$$ODG = ADD + 2,5$$

VL Anisometrie

Dr. MOUFID Saadia
OPHTALMOLOGISTE

Imm. 662, 1er Etage, Bd Driss El Harti Cité
Djemaa el Fna, CASABLANCA - Tel : 05 22 59 96 60

شارع ادريس الحارتى الدار البيضاء 662 - الهاتف : 05 22 59 96 60

Bd Driss El Harti Imm 662 - 1^{er} Etage Cité Djemaa el Fna - Casablanca - Tel : 05 22 59 96 60



NADIR OPTIQUE

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

INPE: 095019899.

Casablanca, le 10/12/2020

Facture N° 5410105

En faveur de : ONARI Abdelmajid

Quantité	Désignation	Nomenclature	P. U.	Montant
1	une lunette plastique et			500 DH
2	deux verres optiques photogris avec AR OD: (055° - 1) - 0.25 OC: plan			700 DH
2	deux verres optiques placés: Add + 2.5			300 DH
NADIR OPTIQUE Squad NADIR 673, Bd. 6 Novembre, Kasr El Bhar 2 Casablanca			Total H.T.	
			T.V.A. 20 %	
			Total TTC	1500 DH

673, Bd 6 Novembre 1975 - Ksar Labhar - Casablanca

Tél. : 022 55 44 99

R.C. n° 336510 - Patente n° 33802538

IF: 49165404 ICE: 000963700000059.