

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

UPRAS 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.

PRAS : 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° M20- 0009039

☐ Maladie

☒ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08195 Société : 53191

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Huc = SADOUK SAADIA

Date de naissance : 03/10/1956

Adresse : Beni Hlal Prélucé sidi Benmou
AL BARID BANK sebt Beni Hlal Prélucé sidi Benmou

Tél. : 06 00 85 15 70 Total des frais engagés 2500,00 + 2000,00 = 2700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12.4 DEC 2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

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 : Sidi Benmou

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
24 DEC 2020	Op. des FAR	1	200000	INP 13105 Docteur CHARAF AMINE Ophtalmologiste Av des FAR, Kes Amine 8 - Apt 116 Sidi Boumerdes

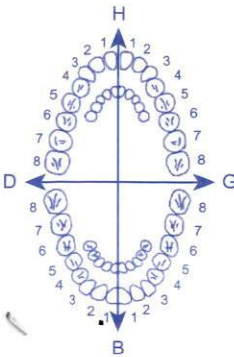
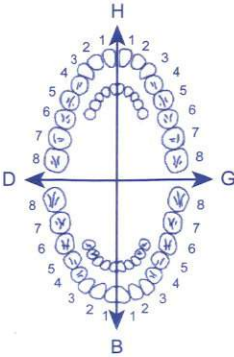
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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 <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												
.O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		B	
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	G															
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



YOUNES OPTIQUE

YOUNES EL BAZ

Opticien Optométriste

145 BD Dakhla PAM Sidi Bennour
0523349788 / 0777723242

Email: younes.optic@gmail.com

Patente: 42841442 RC 7088

ICE: 001150656000030

DATE : 24 Dec 2020
NOM : SADIK SAKIA
TELEPHONE :
ADRESSE :
MEDECIN :
MUTUELLE :

REFRACTION SPH CYL AXE ADD

OD : +1.00
OG : +1.00
PRISME :
EP : VL : VP : H :

VENTE DATE DE LIVRAISON :

MONT 1 :
VERRES : VL VP :
MARQUE :
MONT 2 :
VERRES : VL VP :
MARQUE :

BP :
T :
AV :
R :

☐ CHEQUE ☐ CARTE ☐ ESPECES

Docteur CHANAA Abdellah
Spécialiste des maladies et
chirurgie des yeux

Corrections optiques - Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
Adaptation de lentilles de contacts
Glaucome - Strabologie - maladies rétinienues (Angiographie-OCT-Laser)



الدكتور شائع عبد الله
أخصائي في أمراض وجراحة العيون

تصحيح النظر - العدسات اللاصقة
جراحة الحلافة بالأمواج فوق الصوتية
علاج الحول ومسالك الدموع - العلاج بالليزر
ارتفاع ضغط الدم

24 décembre 2020

Sidi bennour Le

Mme SADOUK Saadia

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques

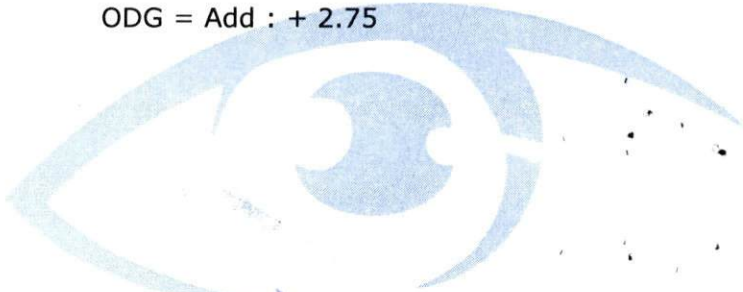
VL :

OD = + 1.00

OG = + 1.00

VP :

ODG = Add : + 2.75



YOUNES OPTIC
YOUNES ELBAZ
OPTICIEN OPTOMETRISTE
115, Bd. DAHLIA - SIDI BENNOUR
Tél: 06 69 03 64 69 / 06 62 24 82 20
younes.optic@gmail.com

Docteur CHANAA Abdellah
Ophtalmologiste
Av des FAR, Rés. Amine 4, Apt N°6
Sidi Bennour