

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.

Radiologie 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 rééductions.
 - Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentists

- 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 prothèse

- 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.

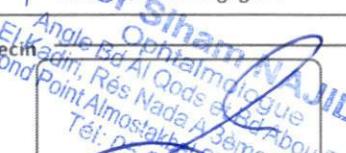
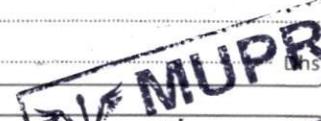
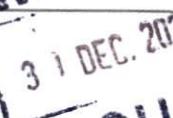
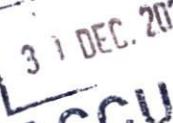
MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (1/2) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-506183

(53870)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12936		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société :
Nom & Prénom : LAAMOURI MAROUANE			
Date de naissance :	04-04-90		
Adresse : 44 LOT SABRINE, SIDI MAAROUF CASA			
Tél. :	0661 968974 Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin			
 <i>Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr El Kadi, Rés Nada 3ème Etg en face Point Almostakha Sidi Maarouf - Casa Tel: 03 22 698 78 07</i>			
   <i>31 DEC. 2022</i>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	25/12/2022		
Nom et prénom du malade : LAAMOURI MAROUANE			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection dentaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

VOLET ADHERENT	N° W19-506183	
Déclaration de maladie	Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	Matricule : _____ Nom de l'adhérent(e) : _____ Total des frais engagés : _____ Date de dépôt : _____
Coupon à conserver par l'adhérent(e).		

RELEVE 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
25/12/20	C2		2601,00	Dr. NADIA ALMASSAKH
				Dr. NADIA ALMASSAKH
				Dr. NADIA ALMASSAKH
				Dr. NADIA ALMASSAKH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CONFORT VISUEL Khadija Opticienne Optométriste et Contactologue Jamila 5 Rue 181 N° 8 C.D Casa Tel.: 05 22 56 85 15	23/12/2020	650,00 L

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						2000 Dh

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	B																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	H																		
				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'EXECUTION

Facture client N° : 000223/2020Médecin : NAJID SIHAM

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	-4,75	-0,50	145	
O.G	-4,75	-0,25	15	

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Verre	Organique AR 1.67	2	550,00	1 100,00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT : **916,67**TVA (20%) **183,33**Total TTC : **1 100,00**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE CENT DIRHAMS TTCCachet Casablanca, le 30/12/2020

ALNA VISION SARL
Ibtissam THOUMI
Opticienne ~~Optométriste~~
Lot. Ennour N°8 Sidi Maârouf
Tél : 0522 78 04 69



Opticienne Optométriste

CASABLANCA LE : 29/12/2020

facture N°: 049/2020

Nom ,prénom : MAROUANE LAAMOURI

Médecin :

Date de prescription :

Nomenclature	Quantité	Désignation du produit	Prix unitaire TTC	Prix Total TTC
	1	MONTURE ACETATE OPTIQUE	650,00	650,00
Total TTC			650,00	
Dont TVA 20%				108,33

Arretée la présente facture a la somme de :

SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

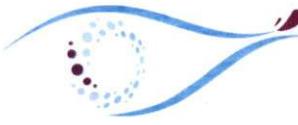
*CONFORT VISUEL
Khadja Chinal
Opticienne Optométriste Contactoigue
Jamila 5 Rue 181 N°8 C.D Casa
Tél.: 05 22 56 85 15*

JAMILA 5 RUE 181 N°8 OUED DAHAB Casa

Rc : 429758 Ice : 001997828000053 IF : 2489535 Patente : 37400119

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجید سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

Monsieur Marouane LAAMOURI
Casablanca, le vendredi 25 décembre 2020

Verres et monture Pour vision de loin:

Œil droit : (145° -0.50) -4.75

Œil gauche : (15° -0.25) -4.75

Verres avec antireflets

Verres avec filtre bleu

verres à fort indice/verres amincis

Dr Siham NAJID
Sham NAJID
Ophthalmologue
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
El Kadiri, Rés NADA A 3ème Etg en face
Rond Point Almostakbal Sidi Maarouf - Casa
Tél : 05 22 78 78 07

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس،شارع أبو بكر القادرى ، إقامة ندى "A" الطابق
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء