

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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9703	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	58765
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	7
Nom et prénom du malade :		Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : _____			
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) : 

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Parution: 1961. Graphiques: Ressources de la p. 3332.

VISÉ ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9703

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAZ ROUJ PATI HTA

Date de naissance : 20/06/66

Adresse : Rue 2 N° 472 quartier Andalous I

Tél. : 522281044

Total des frais engagés : 1206,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 15/04/23

Nom et prénom du malade : TALIB FATHI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Affect

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 26/04/2018

Signature de 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
15/04/23	S + F	307	307	Dr. MED. PH. TALMOLOO 24, Rue Imam Moussi Bourgogne Tél. 0522 27 67 46/51 (L.G.) INPE: 09101886

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MED. PH. TALMOLOO 24, Rue Imam Moussi Bourgogne Tél. 0522 27 67 46/51 (L.G.)	15/04/23	406,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
M-A-P Optic Opticien Dentiste 53 Rue Guibaté Casa	26/04					35 00,00
	23					

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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553
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

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

15/04/83

الدار البيضاء في :

ناظم العينين
للسنة ١٩٨٣

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Bourguignonne Casablanca

U. progressive
photocolorfix.
à gitter blue

$$\text{OD} = (100^\circ, -1,10) + 2,15.$$

$$\text{Oe} = (80^\circ, -1,20) + 2,15$$

VL astig

$$\text{ODL} = +2,15 \text{ sf}$$

أمام مصحة بدر (الطب الثالث) بورڭون ، الدار البيضاء
05 22 26 66 77 - الفاكس : 05 22 27 67 46 / 51
24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr) Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi, Bourgogne
Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G)
Fax: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G)
INPE: 091071886



INPE: 091071886

un autre regard
sur vos yeux



OPTICIEN
LUNETTIER
CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° : N° 000888

Casablanca, le 26/04/23

Mme / Mr : MAZ Boui FATIMA

Dr : MOHAMMED MANDANI

VL

VP - Add

OD : (100° - 1,50) + 2,50

OD : ADD + 2,50

OG : (80° - 1,25) + 2,50

OG : ADD + 2,50

Prix Monture

OPTIQUE

500,00

DH

Prix Verres

PROSPER BBL R S A R

3000,00

DH

Total à payer : 3500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille cinq cent DIRHAMS

Cachet et signature

Abderrahman Daali
Télé : 065032633

Cachet et signature

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa

63 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capital : 100,000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE : 0002642590000069

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca le : 15/04/23 الدار البيضاء في :

MAZDORU: Fini ~~1000~~
et Hydroklear (0278)
1900x2 180x3/-
à renouveler

2640 Sterile (pdt) 1 bte
27 Sterile (pdt) 1 bte
28 1000/1000ml 1 bte
29 1000/1000ml 1 bte
30 1000/1000ml 1 bte
406,40 Puis 1/2 PDT 1/16 - ↘

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Aloussi-Bourgogne
Tel.: 05 22 27 67 46/51 (L.G)
Casablanca
INPE: 091071886

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بوركون ، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 66 77 - 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس :

24, Rue Imame Aloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77



INPE: 091071886