

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

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



NO: 34028

Déclaration de Maladie : N° P19-0011403

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 487 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BALDOWAL A BALDOWAL de naissance :

Adresse : HARJ OULFA BORDJ BOULEVARD 27 CASABLANCA

Tél. : 06 41 33 24 77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 15 JUL 2020

Nom et prénom du malade : Boumedienne Belkhal 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 : CASA Le 15/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

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
15 JUIL 2020		6	2000	<i>Docteur Hamid FARAJI</i> Ophtalmologiste 13 Oum Errabi Rue 50 N° El Oulfa - CASABLANCA Tel: 05 22 93 4 8 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

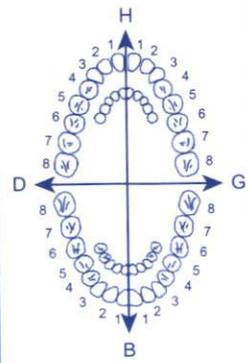
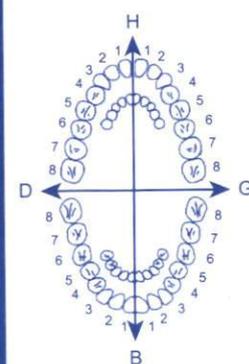
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Optique Mille Pour Cent</i> <i>Optométriste & Opticien</i> N° 425 Centre - Ville Bd. Andalouze	16/07/2020					4100

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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		D																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B																				
G																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur . Hamid FARAH

Ophthalmologiste



Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophthalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophthalmologiste à l'hôpital My Youssef

الدكتور . حميد فراح

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات الاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف

Casablanca, Le

15 JUL. 2020

الدار البيضاء في

Benoudia Boulyagui

Handwritten signature of the doctor.

Optique Mille Pour Cent
Optométriste & Opticien
N°425 Centre - Ville Bd. Anglais
Casablanca

0.5 - 0,75 à 1.70

0.5 - 1.70

Handwritten signature and notes.

Docteur Hamid FARAH
Ophthalmologiste
4 Oum Errabit Rue 50 N°3
El Oulfa - CASABLANCA
Tél: 05 22 93 29 91



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : 000612

Date : 16/07/2020

Mr : BENDUALA Bouchein
Docteur : HAMID FARAH

Type des Verres : progressive organique
AR

Monture : Plastique 15.00

* Vision de Loin :

OD Axe 1.70 Cyl -0.75 Sph 13.00

OG Axe Cyl plan Sph 13.00

* Vision de Prés :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Optique Mille Pour Cent
Optométriste & Opticien
N°425 Centre - Ville Bd. Anglais
- Casablanca

Add : +3.00
Montant : 41.00

quatre mille cent dix