

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

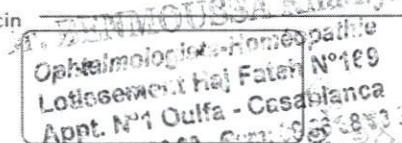
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

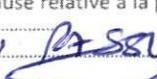
N° W19-440225

38694

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 04466	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RASSY ABDELAZIZ			
Date de naissance : 01/10/1963			
Adresse : LOT HAMZA N° 113 SIDI MAAROUF CASA			
Tél. : 0668143380	Total des frais engagés : 4320	Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	01 / 09 / 2020
Nom et prénom du malade :	Rassy ABDELAZIZ
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection des yeux
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 01/09/2020** Le : **01/09/2020**
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
01/09/20			3000 Dhs	INP : 09 M 055 Dr. BEN MOUSSA KHALIFA Oncologue et homéopathe Praticien Haj Faten N° 169

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	01/09/20
Montant de la Facture 20.000	

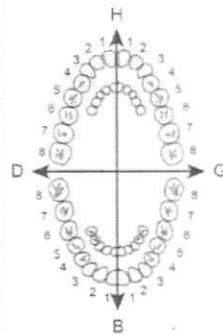
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	3/9/20					30000 Dhs

VOLET ADHERENT

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

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	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

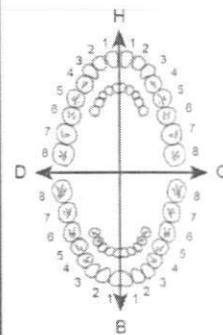


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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



Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplomée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلاة - العول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - الدراسات الاصنقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

01 septembre 2020

Sur rendez-vous زيارة بالموعود

Casablanca, le :

Mr. RASSY ABDEAZIZ

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 0.25

OG = + 0.50

VP : ODG = Add : + 2.50

26,00

CORRECTOL: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours



Dr. BENMOUSSA Khadija
Opticien-Dr. Homeopathie
Lottoissement Haj Fateh N°169
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca
Tél. 05 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 03 36



OPTIQUE EL FATH
Bd. Moudiboukita Bloc (J)
N° 83 - CASABLANCA
Tel: 06 61 977 982

OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudiboukita, Bloc (jj) N° 83
 Casa - GSM : 0661 97 79 82
 Patente : 36616616



نظارات الفتاح

شارع موديبوكينا بلوك "ج" رقم 83
 الدار البيضاء - المغرب : 06 61 97 79 82
 الاتصالات : 36616616

FACTURE 007233

Casablanca, le : 03/09/20

M: Ramy Abdelfaziz

N° de Nomenclature :

Docteur : Benmousa

Monture:	OPTIGRAY	500	1
Verres:	PROGRESSIF	3500	2
VL:			
OD:	+0,25		
OG:	+0,5		
VP:	ADD		
OD:	+2	NP: 001819152	
OG:	+2	IF: 40178251	
		RC: 377480	
		CE: 0008056000089	
		Total :	4000

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

OPTIQUE EL FATH
 Bd. Moudiboukita Bloc jj
 N° 83 - CASABLANCA
 Tel: 06 61 97 79 82