

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041129

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 528 Société : RAY
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENOUGHOU D MOHAMED
Date de naissance : 29/01/42
Adresse : 3, Rue Saïd Benouzaïm, 3ème étage Appartement 5
Esc. B. 9 Palmier CASA BLANCH
Tél : 0522 250400 Total des frais engagés : Dhs
0666882612

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/02/2020
Nom et prénom du malade : BENOUGHOU D Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Veuve & malade
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
Signature de l'adhérent(e) : 72
ACCUEIL 13 FEB. 2020

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
10.02			6	
10.02				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/2020	2600,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

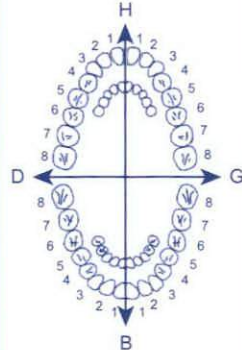
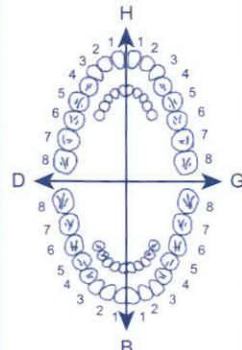
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>D</td> <td>G</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> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur Youssef TAYANNE

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

ANGIOGRAPHIE - LASER

LENTILLES DE CONTACT

CHIRURGIE MYOPIE - LASER EXCIMER

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

Ancien Chirurgien Ophtalmologiste à l'Hôpital

Militaire de Marrakech

الدكتور يوسف الطيان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي ببوردو

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بمراكش

CASABLANCA, Le : 10.02.2010

ن ب ع ن و ح و د ن ب

Lunettes à porter

Ver 9.15 - 9.15 - 9.15

de loin :

OD : (- 1.50 à 90)
OG : (- 1.25 à 90)

de près :

OD :
OG : Add + 3

tionnal Opticien Cherifien
J. A. OMAR
Opticien Spécialiste
N° 59, Place de la Mosquée Med. V
Habous - Tél: 068 59 17 10 - Casa

Casablanca - Tél: 0522 44 60 14
91, Bd. la Liberté Benjdia
Agée Permis de Conduire
Ophtalmologiste

AGREE PERMIS DE CONDUIRE

DR. TAYANNE Y.

91, شارع الحرية - بنجدية قرب البنك الشعبي الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 60 14

91, Boulevard de la Liberté - Benjdia (à côté de la B.P) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 44 60 14

المستعجلات : 06 61 45 71 33

NATIONAL**OPTIQUE****CHERIFIEN****EL ABBASSI OMAR**

Opticien Spécialiste

59 & 61 Place de la Mosquée Med V

Quartier des Habouss – Casablanca

Tél : 0522.30.79.49

R.C. Casa : 81944

N° D'ident. :

C.N.S.S. N°

Le 13/02/2020

MR: BENOUHOUD MOHAMED

Casablanca

Ordonnance de Mr. Le Docteur : Youssef TAYANJE

N° de Nomenclature Correspondant à la prescription	Loin	O.D.....	4.07
		O.G.....	4.07
D. F. / O. D.	Près	O.D.....	4.07
/ O. G.....		O.G.....	4.07
FOURNITURES				
02 Montures optiques			1200,00	
Verres : OD (90-1.50) PL			370,00	
OG (90-1.25) PL			380,00	
Etui OD - (90-1.50) + 3			370,00	
MOB OD - (90-1.25) + 3			380,00	
au yanigus AR. KODAK			2600,00	
TOTAL				

La présente facture arrêtée à la somme de : Deux mille six cent / dir

National Optique Cherifien
 EL ABBASSI OMAR
 Opticien Spécialiste
 N° 59, Place de la Mosquée Med V
 Habouss
 Tél: 0522.30.79.49
 10 - Casa