

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4560 Société : 64666

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENBAYA Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 67 13 82 97 Total des frais engagés : 6000 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HAMID RAJAB
Ophthalmologue
Tél : 06 22 36 61 03

Date de consultation : 31/12/2019 Nom et prénom du malade : ABDOUN NOUR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ambropie (lentilles)

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 : 31/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
31/12/2020	CS		250 DH	Docteur HAMZY RAJAA Ophtalmologue Tél : 05 22 65 71 03

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

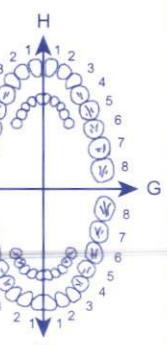
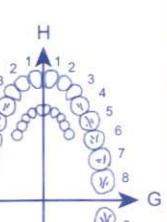
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
TIQUE LE BEAU COIN Moudibou Keita bloc J N°70 s 25.27.25.92 - Casa	31/02/2021					350,00

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

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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				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 HAMZY RAJAA

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE ADULTE ET PEDIATRIQUE

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplôme Universitaire de Bordeaux - France



الدكتورة حمزي رجاء

أخصائية في طب وجراحة العيون للكبار والأطفال

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم جامعي من بوردو - فرنسا

Casablanca, le

Docteur HAMZY RAJAA
Ophtalmologue
Tél: 05 22 65 71 03

الدار البيضاء

ABDDU NOUR

Lunettes pour CD, monture
en plastique cachant
les sourcils à pont bas

OD, +0,75 (-0,5 à 0°)

OG, +0,75 (-0,5 à 170°)

Docteur HAMZY RAJAA
Ophtalmologue
Tél: 05 22 65 71 03

فرح السلام، إقامة الحمد، الطابق 5، رقم 8، الألفة (الحي الحسني) قرب مسجد الأزهر، الدار البيضاء

Rond-point Farah Essalam, Résidence Al Hamd, Immeuble D, Appt 8, Oulifa (hay hassani) - Casablanca

Tél : 05 22 65 71 03 - Gsm : 06 60 54 52 51 - E-mail : hamzyophtalmo@gmail.com

Optique Le Beau Coin



HC: 335648 - INPE: 00171972
IGE: 00179006000087

FACTURE N°0000010

Casablanca, le : 27/09/2020

Mr : BENBYA FATIMA

VL :		
OD :	/	
OG :	/	
CV :		
OD :	+1,50	
OG :	+1,50	
Monture :	optique	70,00 -
Verres :	organique	300,00 -
	Pour vision de près	

INPE : 00171972 TOTAL : 370,00 -

Arrêtée La présente Facture à la Somme de : trois cent
soixante-dix francs en francs

Optique Le Beau Coin



RC: 335648 - INPE: 001719172

ICE: 00179006000087

FACTURE N° 0000840

Casablanca, le 31/02/2021

Mr: ABDOU MOUR

VL :

OD : + 0,75 (- 0,50 à 0°)

OG : + 0,75 (- 0,50 à 170°)

CV :

OD :

OG :

Monture : Optique

50,00

Verres : Organiques pour vision
de loin

300,00

INPE : 001719172 TOTAL : 350,00

Arrêtée La présente Facture à la Somme de 350,00 mille cens

vingt ans phs

Bd Moudibokita, Bloc (j) N° 70 Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N° 36612797 I.F. : 50791172