

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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 052285

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

67692 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4915 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FZAZAH RAY Yamine

Date de naissance : 08.09.1946

Adresse : 3, Rue Yasser ben Arafat Hayane - Imp. Palmier

ENSA

Tél. : 0668773387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL ALAOUI Bahija
OPHTALMOLOGUE
105, Bd. Afghanistan
Hay Hassani Casablanca
Tél 05 22 93 32 66

Date de consultation : 26.02.2021

Nom et prénom du malade : FZAZAH RAY Yamine Age : 74

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : VIB de l'ACCIDENT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 AVR. 2021

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
02/02/21	G		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/02/2021	132,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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

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

	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréate de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie
Laser - OCT - Strabisme - Lentilles de Contact
Medecin agréée :
Permis de conduire



الدكتورة العلوي بن هاشم بهيجة

خريجة كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أشعة لازير
طبيبة معتمدة :
رخصة السياقة

Casablanca, le: 26-02-2028 الدار البيضاء

7- EZZAKHRATY.
YAMINA

CENTRE OPTIC OPTOMETRIST
SARLAU
69, Bd de Paris
Casablanca

2087-2088

2087-2088

DR EL ALAOUI Bahija
OPHTHALMOLOGUE
105, Bd Afghanistan
Hay Hassani Casablanca
Tél 05 22 93 32 66

- N A V I L I 20

2800



3x

- L 20 21

3400



3 m



132.00

Pharmacie des GENERATIONS
Abdelmajid BALLOUK
20, Rue Jaber Ibn Hayane en Face de la commune
Sidi Belyoraj Bd d'Anfa Casablanca
Tél: 0522 20 73.33 / 0522 26.50 32



Dr EL ALAOUI Bahija
OPHTALMOLOGUE
105 Bd. Afghanisien
Hay Hassani Casablanca
Tél: 05 22 93 32 66

Centre Optic Optometriste

ICE 001530868000010

69, Bd de Paris
20100 Casablanca
Tél: 0522222210
Fax: 0522261850

FINESS : INPE 095005740

FACTURE COMPL. N° : F21/1024

Date : 10/04/2021

N°PEC :

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **EZZAKHRAJY YAMINA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

Corrections :

VL D. Sph: NEUTRE

VL G. Sph: +0.50 Cyl: -2.50 Axe: 90°

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
Verre SELON PRESCRIPTION MEDICALE	300.000	2203240	2.290	1.370		300.000
Verre SELON PRESCRIPTION MEDICALE	300.000	2259966	3.660	2.200		300.000
Monture oscar distribution 4YOU 17	600.000	2223342	2.840	1.700		600.000
TVA (0%) (Dh)	191.596					
TOTAL TTC (Dh)	1200.000		8.790	5.270		1200.000
NET A PAYER par l'assuré (Dh)	1200.000					

Mentions légales

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE
S.A.R.L. AU
69, Bd de Paris
Casablanca
Facture acquittée