

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.

Pathologie 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.

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

Nº P19- 055033

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

69195

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10444 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FAR SANE laïla

Date de naissance : 05.01.76

Adresse : lot les Bases 1 Rmn G Appt 5 Ctl

Casablanca

Tél. : 0660001952

Total des frais engagés : 2794,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05

Nom et prénom du malade : FAR SANE laïla 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 :

Signature de l'adhérent(e) : _____ Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-055033

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10444

Nom de l'adhérent(e) : FAR SANE laïla

Total des frais engagés : 2794,30 Dhs

Date de dépôt : 23/04/2012

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
22/01/2024	Consultation	1	300 -	Docteur J. ZAIM Oncopatologiste Casablanca des patients

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Optical Discount Opticien Opticien	18/04/2021	290,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHÉRENT

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

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 l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

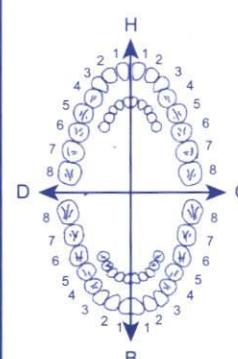


 Diagram illustrating the numbering of teeth in a dental arch. The upper arch (maxilla) has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch (mandible) also has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The diagram is centered with H at the top, G to the right, D to the left, and B at the bottom.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



مختبر العيون
للدرار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



45204

Casablanca le 05 fevrier 2021

FARSANE Laila

NAVI LIPO

~~9800 X3
9800 X3~~

1 goutte 4 à 6 gouttes par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

RIMA PHARMA
PVC : 98,00

RIMA PHARMA
PVC : 98,00

Mme EL FATIMI BEN NASSA
Gde. Pharmacie de Paris
60, Rue Ali El Ben Abdellah - Casablanca
Tel : 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26

Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologiste

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons Oasis
Casablanca
05.22.25.71.71 / 05.25.71.71.11

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 Web : www.ophtalmoclinique-casa.com
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



Casablanca le : 06.2.20

BON DE REGLEMENT

Reçu de

M. FARSANG L.L.A.

La somme de : Trois cent Dhs
300.00Dhs

Pour : Consultation.

OPHTHALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél.: 0522.25.71.71 / 25.11.15

Cachet et signature

Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologiste

Urgence 24/24



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



45204

Casablanca le :
05 février 2021

FARSANE Laila

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets multi-couches, Transition, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.50 (- 1.25 à 70°)

OG = + 1.50 (- 1.25 à 60°)

VP : ODG = Add : + 1.50

*Optical Distribution
Opticien Optométriste
C.C. Marjane L.
CASABLANCA
Tél : 05.22.51.133.44*

*OPHTHALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
+212 0522 25 71 71/25 11 11*

*Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologiste*

Urgence 24/24

Facture Num 210400010

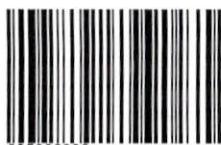
le 18/04/2021

Mme. Farsane Laila

Quantité	Désignations	Prix Unitaire (DH)	Prix Global (DH)
1	Monture optique	500.00	500.00
2	Verres correcteurs progressifs OD : +1.50 (-1.25 à 70°) OG : +1.50 (-1.25 à 60°) Add : +1.50	800.00	1700.00
			2200.00

Modalité de paiement : Espèce

Deux mille deux cent dirhams



095002382

Optical Discount
 Opticien Optométriste
 C.C. Marjan Hay Hassani
 CASABLANCA
 Tél : 05.22.91.33.44

Siège Social : Centre Commercial Marjane Hay Hassani - Casablanca
 R.C : 181571 – Taxe Professionnelle : 37988710 – I.F : 40169259

C.N.S.S : 7786778 – ICE : 000102167000074

Tel/Fax: 212 522 913 344 - GSM: 0662 523 694 - e-mail: opticalhayhassani@gmail.com