

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

Situations 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.

que :

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.

Prothèse :

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>14925</u>	Société : <u>12 A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>HACHIMI ABDAZIAZI</u>			
Date de naissance : <u>08 03 1961</u>			
Adresse : <u>JARDIN DUM RABII GR 10 EG N° 101 EL OUEFA CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>06 87 62 62 93</u>	Total des frais engagés : <u>12.021,00</u>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<u>16/04/2011</u>
Nom et prénom du malade :	<u>HACHIMI ABDAZIAZI</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>OPHTHALMOLOGIE</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>Sur la base d'un accident de la route</u>
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 0 ASA Le : 19/04/2011

Signature de l'adhérent(e) : HABIBA HACHIMI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/10/04	3	3.000.00	INP : 19101846

EXECUTION DES ORDONNANCES

Achat du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/04	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

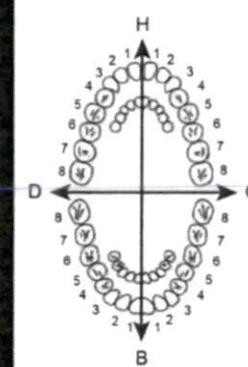
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTI - PROCHES SARL OPTICIEN Rue 5, N° 6 - Cité El Ward. Oujda - Casablanca Tél: 06.76.160.596	08/10/04					900.00

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	

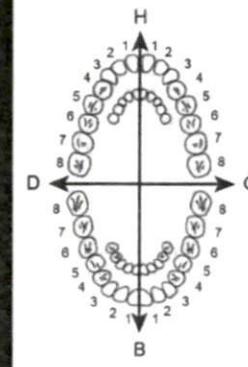


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Dr

Casablanca le :

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار

طبيب داخلي سابق

بمستشفيات باريس

الدار البيضاء في : ١٦/٤/٢٠٢١

HACHIMY f.2

Lerelle m. Ht
Vafsi the See

$$OD = (-150^{\circ}, -1,25) - 1,00$$

$$Ol = (765^{\circ}, -0,50) - 2,00$$

~~OPTI-PLUCHES S.A.R.L.
Rue 5, N° 6 - Casablanca
Tél. : 05 76 100 596~~

~~Dr. M. HAMDANI
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Imam Aloussi, Bourgogne, Casablanca
Tel. : 05 22 27 67 46 / 51 - 05 22 26 66 77 - 05 22 27 67 46 - Fax : 05 22 26 66 77~~

24. زنقة الإمام علويسي الطابق الثالث (أمام مصحة بد) بوركون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 66 77 - 05 22 27 67 46 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Aloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr



08/05/2021

HACHIMY FATIMA EZZAHRA

Facture 084/2021

MONTURE OPTIQUE400,00DH TTC
VERRES ORGANIQUE FILTRE ANTI LUMIERE BLEU	
OD -1,00/-1,25 A 150/250,00DH TTC
OG -2,00/-0,50 A 165/ 250,00DH TTC
TOTAL900,00 DH TTC
TOTAL TVA150,00DH

LA PRESENTE FACTURE EST ARRETEE A LA SOMME DE NEUF CENTS DIRHAMS DONT 20,/,DE TVA INCLU.

OPTI - PROCHE S.A.R.L.
OPTICIEN
Rue 5, N° 6 - Cité El Ward
Oulfa - Casablanca
Tél: 06.76.160.596

Rue 5 N°6 Bd - Ouad Laou Oulfa - Casablanca

Gsm : +212 6 76 16 05 96 - Fix : +212 5 22 93 16 91

IF : 25 07 63 32 - RC : 39 75 89 - IP : 35 00 363 - ICE : 002025907000072