

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

entaire :

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

La 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

APD. N° P19- 056506

76944

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6074 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENSARI ABDELHAKIM

Date de naissance : 22/03/50

Adresse : Hay Nassim Route Abdelhadi Bontaleb

Rue 7 n°6 Casablanca - ANFA

Tél. : 0663636465 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2021

Nom et prénom du malade : BENSARI Abdelhakim Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Correction Optique

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 : 5/07/21

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 Praticien attestant le Règlement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/06/2011 | CS | | 2000 dt |  |

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

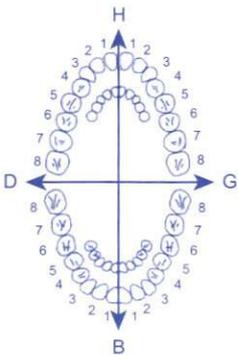
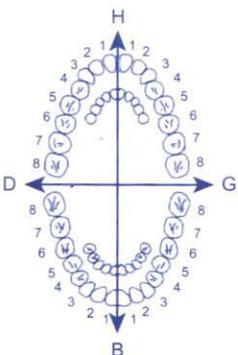
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
|  | 07-07-2011 | | | | | 3300 |

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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------|--|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|--|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table> | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | | | G | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | B | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 35533411 | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim NAYME

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux



الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض و جراحة العيون

Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي و الشبكة

جراحة الجفون و مسالك الدموع

casablanca

Le 10 juin 2021

Mr. BENSARI ABDELHAKIM

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL : OD = (- 0.50 à 74°)

OG = + 1.50 (- 1.50 à 122°)

VP : ODG = Add : + 3.00

Lot. Nassim, Lot. 15 Route d'Azemour - Casablanca - Maroc
Tél.: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95
Dr. NAYME Karim
Ophtalmologie

BE IN OPTICAL
Opticien Optométriste
Boulevard d'Anfa N° 47
CASABLANCA
Tél. : 06 49 66 73 82

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca

5, شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) جزيرة النسيم البيضاء

+ 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

@ karim.nayme@gmail.com f Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

ABDELHAKIM BENSARI

FACTURE CLIENT N° : F100225

Date : 01/07/2021

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **BENSARI ABDELHAKIM**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur : **KARIM NAYME**

ID :

En date du : 10/06/2021

Corrections :

VL D. Sph: PLAN Cyl: -0.50 Axe: 74° Add: +3.00

VL G. Sph: +1.50 Cyl: -1.50 Axe: 122° Add: +3.00

VP D. Sph: +3.00 Cyl: -0.50 Axe: 74°

VP G. Sph: +4.50 Cyl: -1.50 Axe: 122°

| Libellé | Prix facturé | Code TIPS | Base | Rembt. 65% | Compl. | Assuré |
|---------------------------------|----------------|-----------|------|------------|--------|----------------|
| VERRE NIKON PROGRESSIFS AR | 1500.00 | | | | | 1500.00 |
| VERRE NIKON PROGRESSIFS AR | 1500.00 | | | | | 1500.00 |
| BARCLEEN 89051 C6 | 300.00 | | | | | 300.00 |
| TOTAL | 3300.00 | | | | | 3300.00 |
| NET A PAYER par l'assuré | 3300.00 | | | | | |

BE IN OPTICAL
Opticien Optométriste
47 Boulevard d'Anfa N° 47
CASABLANCA
Tél. : 06 29 66 73 82

Mentions légales

ICE:002406826000072 RC: 457703 TP: 35552719 IF: 42774507 INPE: 095024626