

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.

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.

Prothétique :

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

ND: 78911

Déclaration de Maladie : N° P19-0014109

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2941 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Barkamizia Redouan Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.62.56.84.34 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : B. ou K. ou A. Z. ou A. T. m. ou Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vi. ce de réfraction

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : R 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
1 JUIN 2021	15950	50	3001,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

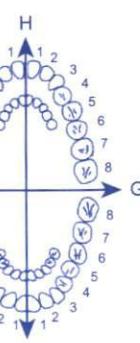
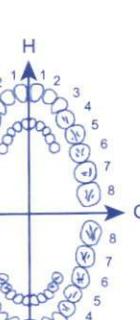
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 & 21433552 \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline B & & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



le lundi 21 juin 2021

BOUKOURIZIA Othmane

- Une monture avec des verres correcteurs

OEIL DROIT : + 5,00 (-1,00 à 75°)

OEIL GAUCHE : + 6,00 (- 0,50 à 60°)

Verres organiques , anti -reflets

Respectez le centrage SVP

Verres anti-lumières bleue

LAALEJ VISION
Opticienne - Optometriste
Tel : 05 22 71 32 31



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods California, 2nd étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Sidi Moumen Bd Lalla Soukaina
 Groupe 3 N° 83 - Casablanca
 Tél : 05 22 71 32 31
 Patente : 15264949

Inp : 0950 19196 / Rc : 419 460 / If : 152 64 949 / Ic : 000169223000067

سيدي مومن الجديد شارع لالة سكينة
 مجموعة 3 رقم 83 - البيضاء
 الهاتف: 05 22 71 32 31:
 باتنتا: 15264949

FACTURE : № 04878

Casablanca, le : 25/06/2021

M : Ben Kourizia Athmane

Doit.

Docteur : Hanane Mazzouz

Nomenclature N° :

VL. OD : cyl Sph +5.00 (-1.00 à +5°)

OG : cyl Sph +6.00 (-0.50 à 60°)

VP. OD : cyl Sph

OG : cyl Sph

Monture : Optiques 21200

Verres 21 Verres Organiques Amincis 21400

An B lentes

Facture arrêtée à la somme de :

Tetu 2 32600

LALEJ VISION
 Opticienne Optométriste
 Tel - 05 22 71 32 31

0

D

0

G

90

90