

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.

Radiologie 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

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.

N° W21-697439

123797

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule	05265	Autre :	Banif
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Nom & Prénom :	ALI
		Date de naissance :	06-03-68
		Adresse :	Chambre 1001 Hotel Al Maha
		Télé. :	0661/717305
Total des frais engagés :			Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. TAYANNE .Y Ophtalmologiste 91, Bd. La Liberté Benjdia Casablanca - Tél : 0522 44 60 14
Date de consultation :	10-06-12
Nom et prénom du malade :	NACBAHI Petit
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	New born
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 : / /

BELEVE 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
10.06 2021	18		250	INP : 091433421 Dr. TAYAN 91, Bd. Lassaing Ophtalmologiste

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>El Filaï et fils - Monture + Verres</i> <i>Rés. Luxorie - Monture + Verres</i> <i>Code Interne : 0550255198</i> <i>NEXT TOP</i>	11/06/2022				Monture + verres	8.000

RELEVÉ 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] []																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																		
				MONTANTS DES SOINS []																		
				DEBUT D'EXECUTION []																		
				FIN D'EXECUTION []																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: none;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				B	00000000	00000000				G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
B	00000000	00000000																				
G	35533411	11433553																				
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []																		
				DATE DE L'EXECUTION []																		

Docteur Youssef TAYANNE

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

ANGIOGRAPHIE - LASER

LENTILLES DE CONTACT

CHIRURGIE MYOPIE - LASER EXCIMER

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

Ancien Chirurgien Ophtalmologiste à l'Hôpital

Militaire de Marrakech

الدكتور يوسف الطيان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقاً بالمستشفى الجامعي ببوردو

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بمراكش

CASABLANCA, le

10-6-2022

N^o 71111 Nasbani Peile

Lunettes à porter

Deux lunettes pour usage quotidien

de loin :

OD:

OG:

(+ 1,25 à 90)

+ 0,50 (+ 0,75 à 70)

de près :

OD:

OG:

Addition + 2,50

NEXT OPTIC CARL
Rés. Luxoria, N° 4 Avenue Hassan II
El Filali et Rue Sidi El Ghazali
Tel. : 05 22 28 77 55
Code INPE : 0550 23658

Dr. TAYANNE.Y
Ophthalmologiste
91, Bd. La Liberté Benjdia
Casablanca - Tel : 0522 44 60 14

AGREE PERMIS DE CONDUIRE

91 شارع الحرية، الطابق الرابع - بنجدية (قرب البنك الشعبي) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 60 14

91, Bd de la Liberté 4^{ème} Etage - Benjdia (à côté de la B.P) - CASABLANCA - Tél : 05 22 44 60 14

ICE : 001710077000018 - INPE : 091133421 - Urgences : 06 61 45 71 33



FACTURE

STUDIO

Facture N°	DATE	M. Paiement	CLIENT			
0560/22	11/06/2022	CHQ	Code client	560		
			Nom	MASBAHI LEILA		
			Adresse	Casablanca		
Quantité	Désignation		PU	Prix HT	TVA	Prix TTC
1	MONTURE OPTIQUE		2 916.67	2 916.67	20%	3 500.00
2	VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTI-REFLET OD: PLAN (+1.25 à 90°) OG: +0.50 (+0.75 à 70°) ADD: +2.50		1 875.00	3 750.00	20%	4 500.00
TOTAL DH			6 666.67	1 333.33		8 000.00

NEXT OPTIC SARL
 Rés. Luxoria, n°4 Angle Bd Hachemi
 El Filali et Rue Lisère - Casablanca
 Tel : 05 22 28 77 55
 E-mail: visiblement.optique@gmail.com
 Code INPE : 095029658