

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4926 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : NAFEL DABISHI IARABT ANAZ

Date de naissance : 24/09/1961

Adresse :

Tél. : 0661327272 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/10/19

Nom et prénom du malade : BENNIS MED Age : 50

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection cardiaque

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Nº P19-042698

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19	1	300	<i>Dentiste et Prostéthiste en Orthodontie et Pédiatrie Driss My Driss 120 Bd. M. EL BANCA Casablanca 23/51 Tél. 05 22 66 41 23/51</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chèque du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		<i>Rai. 05 22 66 41 23/51</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Chèque et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Chèque et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
<i>DR. EL BANCA CASABLANCA TÉL. 05 22 66 41 23/51</i>	24/09/19	AM PC IM IV	1870 F

VOLET ADHERENT

800

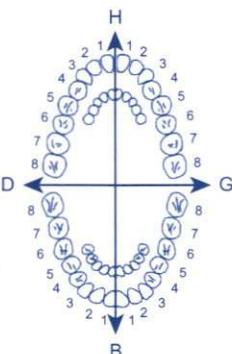
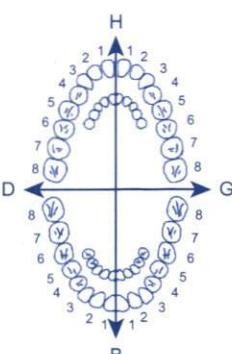
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	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'EXECUTION															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS															
DÉBUT D'EXÉCUTION															
FIN D'EXÉCUTION															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXÉCUTION															

Professeur Laila RAIS



Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

LE 19-09-2019

Monsieur bennis med el mehdi

UNE PAIRE DE LUNETTES :

DE LOIN Photochromiques ANTIREFLETS

Oeil Droit : (775° -1,75) + 3,00

Oeil Gauche : (760° -2,25) + 2,75

JRM OPTIQUE SARL AU
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
17, Rue Lahcen El Arjoune
CASABLANCA - R.C: 113543
Tél: 0522.86.00.58-Fax: 0522.86.50.16

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My. Driss 1er
CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 41 23/51 - GSM : 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr / lailaraism@yahoo.fr

المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

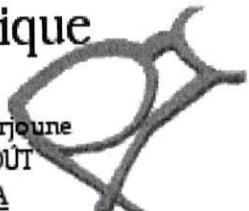
Site web: www.prlailaraism.ma

الفحص بالموعد :
الدار البيضاء
الموقع الإلكتروني:

J.E.M Optique

sarl

17, rue Lachen El Arjoune
face HOPITAL 20 AOÛT
20000 CASABLANCA
tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 65



le 24.09.19

Facture n° 19 0393

JEM OPTIQUE SARL AU
ICE: 001545713000096
T.C.: 113543701
T.P.: 36343701
I.F.: 1087628

TR18

BENNIS Med el mehdi

Vision de LOIN

Monture	N° TIPS: A1	M U P R A S
Verres	ORGANIQUE 65mm BLANC ANTI REFLET	900,00
OD.....	N° TIPS: 407	485,00
OG.....	N° TIPS: 408	485,00

R.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628

8G120	total	1 870,00
IWA		
IWA		
	total T.T.C.	1 870,00