

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

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

UPRAS 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 : N° P19- 0016870

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2708 Société : RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHATMI ASDALEAN Date de naissance : 08/02/59

Adresse : id

Tél. : 0522204545 Total des frais engagés : 30.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور فیصل العرائض
Dr. Faycal LARAKI
OPHTHALMOLOGISTE
11, Bd. Zerkouni
Tél. 22 49 10/11 - CASABLANCA

Date de consultation : 06 AOUT 2010

Nom et prénom du malade : KHATMI ASDALEAN

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Amelioration

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 : El Jadida

Le : 18/05/19

Signature de l'adhérent(e) : MC

(Redacted stamp area)

MUPRAS
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
06 AOUT 2019	G	1	250	Dr. Fayçal LARAKI OPHTALMOLOGISTE 11, Bd. Zerktouni TEL. 22 45 10 11 - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

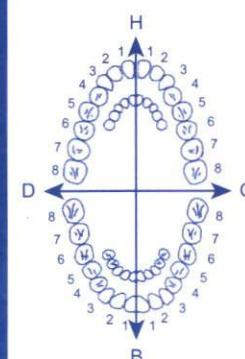
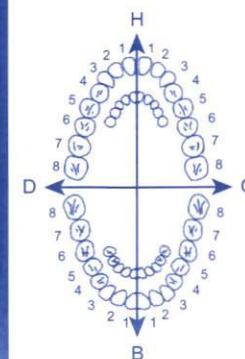
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
AL FIRDAOUS VISION 202 Bd Abdellatif Ben RDC N°5 GSAT - 06 48 72 41 73	08/08/2019	2	1	1	1	2800,00 Dhs
	20/09					

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	Coefficent des travaux												
																
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux												
	<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553			
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

DOCTEUR FAYCAL LARAKI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

DIPLOME D'ETUDES SPECIALES D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux
Lentilles de Contact

Ex. Medecin Polyclinique CNSS



الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لأمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

06 AOUT 2019

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

M : KWTM1 Nbr

Lunettes :

Loin : O . D. -4 (-1,25 10)
: O . G. -3,50 (-0,75 170)

Près : O . D.

: O . G.

Progressifs

Double foyers

Photograys

Incassables

Anti-reflets

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abdemkhanen RDC N°5
(Casablanca)
GSM : 06 48724173

الدكتور فيصل العراقي
Dr. Faycal LARAKI
OPHTHALMOLOGISTE
11, Bd Zerkouni
Tél. 22 49-00-11-CASABLANCA

ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

FACTURE

FACTURE N° : **185/2019**

CLIENT : **KHATMI ABIR**

DATE FACTURE : **08/08/2019**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : 1 optique	500,00 DH
Verres : OG1 orma 1.74 antireflet	1 150,00 DH
OD1 orma 1.74 antireflet	1 150,00 DH
Nomenclatures : OD : -4.00 (-1.25 à 10°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00 OG : -3.50 (-0.75 à 170°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

PAYE PAR CHEQUE

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abderrahmane Sidi Dc
Casablanca
GSM : 06 48724173

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abderrahmane Sidi Dc N°5
Casablanca
GSM : 06 48724173

Total TTC : **2 800,00 DH**

Total HT : **2 333,33 DH**

TVA 20% : **466,67 DH**

Frais de Timbres : **0,00 DH**

Montant Total Payé : **2 800,00 DH**

428231

34700825

Code INPE



123456789

ICE 00223025300090