

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



12843

Déclaration de Maladie : N° P19-0002279

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOURQUIS Date de naissance :

Adresse : 268, Bd Ziraoui n° 7 CASA

Tél : 0662 71 7779 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENT ELAYSOUMI Karim
OPHTH. OLOGISTE
7, Rue Condahon - Casablanca
Tél: 022.27.49.95

Date de consultation : 27/11/2019

Nom et prénom du malade : BOURQUIS Hassania Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affectation Longue Durée

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 : CASA Le : 27/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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

RELEVÉ 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
27/11/2019	U		300 ^{de}	

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

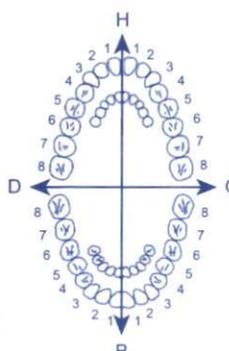
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	04/12/2019					400.000
						360.000
						= 3800.000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

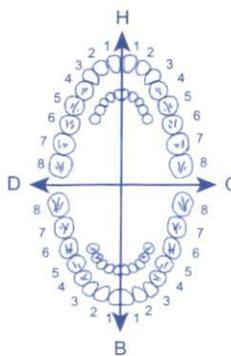
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

(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

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplomé de la Faculté de Médecine
de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
أمراض وجراحة العيون

Casablanca le : **27 Novembre 2019** الدار البيضاء في

**Mme BOURUIS EP BELGNAOUI
HASSANIA**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

OD = - 1.50 (- 4.00 à 40°)

OG = Pian (+ 0.75 à 40°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

PERFECTVISION
3249, Rue Ben Dahan Casablanca
Tél: 0522.27.49.95

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Ben Dahan Casablanca
Tél: 0522.27.49.95

0522.27.49.95 الهاتف - الدار البيضاء - زنقة بن دحان , 7
7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95

Perfect Vision

FACTURE N°04122019
LE 04/12/2019

Nom et Prénom BOUROUIS EP BELGNAOUI HASSANIA

Désignation	Quantité	Prix TTC
	MONTURE	400DH
Verres	verres organique progressifs antireflets	3400 DH
VL	OD -1.50 (-4.00 40°)	
	OG plan (+0.75 40°)	
add	+3.00	
TOTAL		3800DH

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

TROIS MILLE HUIT CENT DIRHAMS TTC

PERFECT VISION
329, Bd. Ziraoui Casablanca
Tél: 05 22 26 70 47

Perfect vision
329 Bd Ziraoui casablanca. Tel 0522267047

RC 373928. IF 40160833. Patente n° 30202600 ICE 000803907000007 CNSS 8220692
INPE095011185