

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RETARDS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0038970

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 571 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : WARID BOUAFIA

Date de naissance : 1945

Adresse : AIN CHIFA I RUE 1 N°80 CASA

Tél. 06.95.37.25.53 Total des frais engagés : 2310,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/19

Nom et prénom du malade : _____ Age : 74 ANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : _____

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 : 14/09/19

Signature de l'adhérent(e) : 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
0-3 SEP. 2013	1 F Actes	2	250,41	EL ASRI Hamed Ophtalmologist - Optometrist Bd. Zouhour El Gouraud Residence El Gouraud

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/19	26.00
	09/09/19	69.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

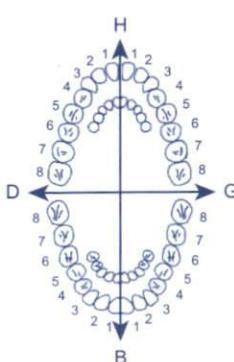
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
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'EXECU

Docteur EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hôpital de Mohammadia

الدكتورة العسري حلية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le :

09 SEP. 2019

WAFI BOU AZZA



- OXYAL 6 Pkg
agle x 3 fio/it / 2mls

60 ce

RIMA PHARMACIE
TVC : 6371
60.00

Dr. EL ASRI Halima
Ophtalmologue
59 Bd. Zerkouni Cas
Résidence les Fleurs
C. PHARMACIE ASSIA
Hind N° 16
Dr. DAOUDI Rue 42 N° 76
Hay Al Amal Tel: 05 22 85 42 71

Docteur EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hôpital de Mohammadia

الدكتورة العسري حليمة

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le : 09 SEP. 2019

WARIS BOUA 27 A.

Lunettes pour Sisira Rani
(Vues aiguës), photoschémique

$$OD = (-1 \circ.70^{\circ}) - 7,50$$

$$OS = (-1 \circ.80^{\circ}) - 7,50$$

Lunettes pour Sisira Rani

$$OD = (-1 \circ.70^{\circ}) - 1$$

$$OS = (-1 \circ.80^{\circ}) - 1$$



Dr EL ASRI Halima
Optometriste
Optician
Résidence les Fleurs
59, Bd Zerkouni Casa

«اقامة الزهور» 59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37

«Résidence les Fleurs» 59, Bd. Zerkouni CASABLANCA - Tél : 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37

TCE: 1823017000024 INP: 095004081

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji
 Idrissia 1 - Casablanca
 Tél. : 05 22 28 70 73
 Fax : 05 22 80 18 36
 Patente : 33664052
 C.N.S.S : 23561145
 R.C. : : 20 47 88

FACTURE

N° 0003146

Casablanca, le

13 / 09 / 2019

M. MARRID Benazzara

O.D. = ADD. =
 O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur EL ASRI

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O.D. = O.G. =	Prés { O.D. = O.G. =	D.F. { O.D. = O.G. =
--	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

FOURNITURE :

Montures :	Optique	2 paires	4000,00
Verres :	Himenal Pg (VL)	1 paire	1000,00
	Himenal Blans (VP)	1 paire	600,00
		TOTAL :	4600,00



Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille dhs