

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

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



Déclaration de Maladie
N° P19-0031218

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **21791**

Matricule : **4592** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **OFEIR YOUSSEF**

Date de naissance : **21/02/1956**

Adresse :

Tél. : **0679376479** Total des frais engagés : **250+3200** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **4/2/2020**

Nom et prénom du malade : **Benzakir Ghizlan** Age : **1966**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Conj. optiq**

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 : **CASABLANCA**

Le : **19/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
4/2/2020			2500H	

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	

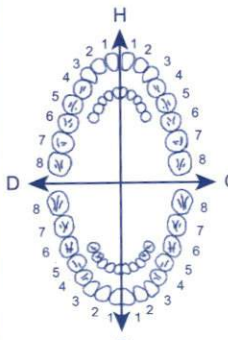
Optique Le Beau Coin
Ed. Meudibouheta Bloc (N° 70)
Casablanca
Tél: 06 25 27 25 92

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 canaux, ainsi que le bilan

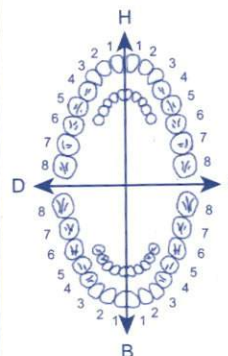
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
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'EXECUT

Dr. Benziane Soumya

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin à l'Hôpital des spécialités de Rabat



الدكتورة بن زيان سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط

Rabat, le ...

Optique Le Beau Coin
E.J. Moudiboukieta Bloc (J) N° 70
Casablanca
Tél.: 06 25 27 25 92

Concave optique +
mètre
OD: (- 1.25)
OU: (- 0.75) 130

VL

VL

ODD

+ 2, 1er OD

Vase
ambly

Dr. Benziane Soumya
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Mohammed V, Masrou 1, Résidence Saâdane Appt 1 - Témara - Tél.: 05 37 74 79 36

شارع محمد الخامس، مسرور 1، إقامة سعدان، الشقة 1 - تمارة - الهاتف : 05 37 74 79 36

Av. Mohammed V, Masrou 1, Résidence Saâdane Appt 1 - Témara - Tél.: 05 37 74 79 36

Optique Le Beau Coin

RC: 338648



Optique Le Beau Coin
Ed. Moudiboukita Bloc (J) 70
Casablanca
Tél.: 06 25 27 25 92

ICE: 00179000087

FACTURE N° 0002149

Casablanca, le : 10/02/2020

Mr: BENZAKRI GHIZLANE

VL :

OD : (25° - 100)

OG : (130° - 075)

VP :

OD : (25° - 100) + 250

OG : (130° - 075) + 250

2 Monture : optique par VL + VP 1400

4 Verres : org AR 20 par VL

20 org AR par VP

INPE: 001719172

Total : 3200 DH

Arrêtée La présente Facture à la Somme de : trois mille

deux cent DH