

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

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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

- 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

ND: 26945

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008691

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10561 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El H. Rouda Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0008691

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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° W19-502098

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10871			
Société : EL AIBOUDI			
Nom & Prénom : Sidi Othmane Houria			
Date de naissance : 17/07/64			
Adresse :			
Tél. : 06 680 6918 Total des frais engagés : 1900,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : SIDI OTHMANE HAMDOUN Houria OPHTHALMOLOGISTE Sidi Othmane AV. Nil Bloc 29 N°42 Casablanca +212 52 45 71 19			
Date de consultation : 28 FEV. 2020			
Nom et prénom du malade : EL AIBOUDI Ilyas Age : 56 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Alzheimer			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie			
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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-502098

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 NONOBARIES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 FEV. 2020	C1t		30000	INP : OPHTHALMOLOGIQUE SIDI OTHMANE AYACHE SIDI OTHMANE AYACHE SIDI OTHMANE AYACHE
29 AVR. 2020	C1		10000	

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/04/120	2880

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
URO OPTIQUE OPTICIN OPTOMETRISTS 10 Mars N 66 Stol Othamen Casa 611 0522 59 70 31 / 0666 21 97 31	16-3-2020					Nez, w

VOLET ADHERENT

* Il 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION								
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
		<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			26533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
26533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
					<input type="text"/> DATE DU DEVIS								
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION								

Docteur Houria BENMIRA Ep. HAMDOUN

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de médecine de Montpellier

Ex. Chef d Service à l'Hopital Ben M'sik sidi Othman

Ex. Expérte Assermentée auprès des tribunaux

Laser - Angiographie

الدكتورة حورية بنميرة حمدون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى بن مسيك سيدي عثمان سابقا

خبيرة ملحة لدى المحاكم سابقا

أشعة الليزر - راديو شبكة العين

Casablanca; le : 28 FEV. 2020 الدار البيضاء في

EL AIBOUDI Ilyas.

Lunette VL anti reflet

$$OD: (180^\circ - 2) + 0,4W$$

$$OS: (17W - 3,4W) + 0,5W$$

Renseignement orthoptique

Euro Optique
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Bd. 10 Mars N° 66 Sidi Othman Casablanca
Tél : 0522 59 70 31 / 0666 21 97 31

Ans 1 mois

Dr BENMIRA HAMDOUN Houria
OPHTHALMOLOGISTE
Sidi Othmane Av. NIL Bloc 29 N° 42
Casablanca
Tél : 0522 57 15 19

شارع النيل - بلوك 29 الرقم 42 - الطابق الاول - سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.57.19.19

Av. du NIL Bloc 29 - N° 42 1er étage - Sidi Othmane - Casablanca : 0522.57.19.19

Docteur Houria BENMIRA Ep. HAMDOUN

الدكتورة حورية بنميرة حمدون

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Diplômée de la Faculté de médecine de Montpellier

خريجة كلية الطب بمونبولي

Ex. Chef d Service à l'Hôpital Ben M'sik sidi Othman

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى بن مسيك سيدى عثمان سابقا

Ex. Expérte Assermentée auprès des tribunaux

خبيرة ملحة لدى المحاكم سابقا

Laser - Angiographie

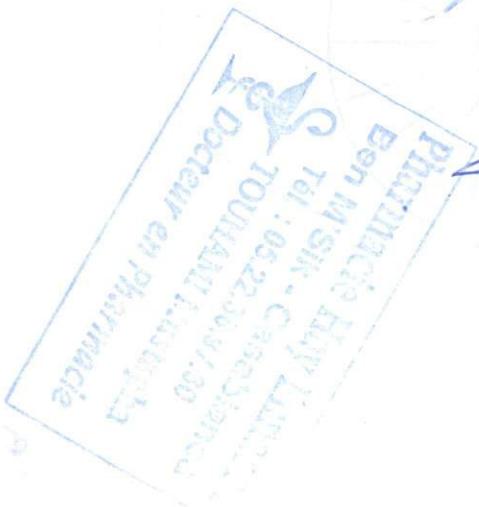
أشعة الليزر - راديو شبكة العين

Casablanca; le : 29 AVR. 2020 الدار البيضاء في

EL ALBOUDI Ilyas.

Antwerp
 28.80 S. A. 37 . x VI .

Dr. BENMIRA HAMDOUN Houria
 OPHTHALMOLOGISTE
 Sidi Othmane Av. NIL Bloc 29 N° 42
 Casablanca
 Tél.: 05 22 57 70 10



شارع النيل - بلوك 29 الرقم 42 - الطابق الاول - سيدى عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.57.19.19

Av. du NIL Bloc 29 - N° 42 1er étage - Sidi Othmane - Casablanca : 0522.57.19.19

EURO OPTIQUE

Bd, 10 Mars N°66 Sidi Othmane Casablanca Tel.: 05 22 59 70 31
 E-mail : Euro optique@hotmail.com

PATENTE : 37203164

Facture N° :

0001934

Casablanca, Le 16.03.2008

M _____ El Aiboudi Ilyas

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur.....	O.D. 40,9 O.G. 40,9	O.D. — O.G. —	O.D. — O.G. —

FOURNITURES:

MONTURES:

Optiques

Serges

VERRES:

Progressives Anti-reflets Antis

O.D.

(180 - 2) + 0,25

—

550,-

Vision de Loin

O.G.

(175 - 3,25) + 0,50

—

550,-

O.D.

Vision de Près

O.G.



TOTAL

1600,-

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

Quatre mille six cent dix