

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.

armacie :

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.

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.

entaire :

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: 96948

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008692

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10561

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Allal Ben Abdellah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

AL 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0008692

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Étage 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 :	10581	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	El Aïdoosji MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 87 69 18	Total des frais engagés :	
		46 81,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Dr. BENHARRA HAMDOUN Houria OPHTHALMOLOGISTE Sidi Othmane Av. Nil Bloc 29 N°42 Casablanca Tél. : 05 22 57 19 19			
28 FEV 2020			
El Aïdoosji Mohamed Age : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Mohamed Omnia			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :			
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° W19-502098

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 : _____

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
28 FEV. 2020	9		1500	INP : DP10 En SAV Dr. Sidi SIDI OMAR HAMDOUN, Houaria OPHTALMOLOGISTE Casablanca 22371918 N° 29 Bloc 29 N° 42

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAMDOUN Casablanca Tél : 0522 38.97.30 TOUHAMI Mustapha Docteur en Pharmacie	10/02/20	1810

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Euro Optique OPTICIEN OPTOMETRISTE Bd. 10 Mars N° 66 Sidi Othmane Casablanca Tél : 0522 59 70 31 / 0660 21 97 31	16/03/2020					1000

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"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25033412 00000000 <input type="checkbox"/> 00000000 35533411	21433552 00000000 <input type="checkbox"/> 00000000 11433553	G B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 و
خريجة كلية الطب بمونبولي
رئيسة مصلحة العيون بمستشفى بن مسيك سيدى عثمان سابقا
خبيرة محلقة لدى المحاكم سابقا
أشعة الليزر - راديو شبكة العين

28 FEV. 2020

Casablanca; le : الدار البيضاء في

EL AIBOUDI N. Othmane

PPC : 147.00 DH

147.00 10) Thérapie
34.00 181.00 LIPOSIC

LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

Pharmacie Hay Ennasr 2
Ben M'SIK - Casablanca
Tél : 0522.38.97.30
TOUHAMI Mustapha
Pharmacie

Dr. BENMIRA HAMDOUN Houria
OPHTHALMOLOGISTE
Sidi Othmane Av. Nil Bloc 29 N°42
Casablanca
Tél : 0522.57.19.19

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

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 auprés des tribunaux
Laser - Angiographie

الدكتورة حورية بنميرة حمدون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
خريجة كلية الطب بمونبولي
رئيسة مصلحة العيون بمستشفى بن مسيك سيدى عثمان سابقا
خبيرة محفظة لدى المحاكم سابقا
أشعة الليزر - راديو شبكة العين

Casablanca; le : 28 FEV. 2020 الدار البيضاء في

RL AL BAYDI Nohamed.

*Lunette photochromique
anti-reflets*

VL: OD: (15° - 2,2W)
OB: (16° - 1,9W)

VR: OS: ODC + 2,2W

EYURO OPTIQUE
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Bd. 10 Mars N° 66 Sidi Othmane Casablanca
Tél: 0522 59 70 31 / 0666 21 97 31

Dr. BENMIRA HAMDOUN Houria
OPHTHALMOLOGISTE
Sidi Othmane Av. Nil Bloc 29 N° 42
Casablanca
Tél: 05 22 57 19 19

EURO OPTIQUE

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

PATENTE : 37203164

Facture N° :

0001933

Casablanca, Le 16.3.2020

M ELAIBoudi Mohamed

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur.....	O.D..... O.G.....	O.D..... O.G.....	O.D..... O.G.....
			431 431

FOURNITURES:

MONTURES:

Optique

50,00

VERRES:

Progressif. Ingauges Anti-
(15 - 2,25)

reflet

O.D:

(15 - 2,25)

175,00

Vision de Loin

(165 - 1,25)

176,00

O.G:

O.D:

Vision de Près



O.G:

TOTAL

1000,00

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

Quatre Mille Francs