

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

Informations 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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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

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- 0044585

ND: 31482

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MECHOUR BOUATTA

Date de naissance :

Adresse : Z.A. NQT JDAIRIA N°18 ELIA

MAKASSA

Tél. 06 93 39 51 99

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur CHARAFDINE Mohamed Fadel
OPHTALMOLOGISTE
INPE: 021174255

Date de consultation :

12/05/2009 14:00

Nom et prénom du malade :

MECHOUR BOUATTA

Age: 7000

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

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) :

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 Frais
12/02/20	Cs		300 DHs	Docteur CHARAFDDINE Mohamed OPHTHALMOLOGISTE INPE: 021174255 TEL: 0528993130 LAAYOUNE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MASJID No 33 Av. Mly Issmail Layoune - Laayoune Tel: 05 28 99 66 66	12/02/20	22.00

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	
ATLANTIC SUD OPTIC Opticien Optométriste 87 Avenue, 24 Novembre Laayoune Tel: 06.96.75.37.11	27/02/2020					3000,00

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Charafddine Mohamed Fadel
Ophtalmologiste
Ancien médecin CHU de Séville-Espagne
Diplômé de la faculté de médecine
Séville-Espagne



ن محمد فاضل
و جراحة العيون
ابق
باشيبلية إسبانيا
بيلية إسبانيا

Laâyoune; à: العيون. 16/2/2020

Docteur CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTALMOLOGISTE
TEL: 0528993130 LAAYOUNE
INPE: 021174255

Siccaprotect®

A utiliser avant: / Lot n°

08 / 2021

29378

de la s
de la

Steripharma
PPV:22.00 dh

Siccaprotect 22.00
22.00
Ante 3/5 (1man)
28.00

PHARMACIE ALI EL
N°33 AV. Mily Istam
Colom...
Tel: 0528993130
Docteur CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTALMOLOGISTE
INPE: 021174255
TEL: 0528993130 LAAYOUNE

RDV : الموعد



Laâyoune; à: 12/02/2022 العيون، في

Docteur CHARAFDINE Mohamed Fadel
OPHTALMOLOGISTE
TEL: 0528993130 INPE: 021174255
LAAYOUNE

ΠΑΣΧΗΣ

VL 051 + 1,25

051 + 1,25

VP: add 1 + 2000

Amel

RDV: الموعد :



SLIMANE OPTIQUE

BON DE COMMANDE N° 1033

Date Reçu	:	18/02/2020
Nom	:	MACHHOUR
Prénom	:	BOUAZZA
Total	:	1 180,00
Avance	:	500,00
Reste	:	680,00
Date de livraison	:	Mardi 25 Février 2020

NR 86 AV 24 NOVEMBRE HAY SAADA LAAYOUNE
Tél : 05.28.99.26.00 Email : Slimaneoptique@gmail.com

Identifiant commun de l'entreprise : 002249574000089

Identification fiscal : 37554715

Identification a la taxe Professionnelle : 77304610

N° Registre de Commerce : 27889

INPE : 095011342

FACTURE NUMER 267 / 2020

LAAYOUNE LE 27 / 02 / 2020

Nom de bénéficiaire : MACHHOUR BOUAAZA

MONTURE: MEDICAL

600.00 DHS

VERRES : PROG OR PHX AR 1.6

2400.00 DHS

TOTAL

3000.00 DHS

Arrêter la présente facture à la somme de :(TROIS MILLES DIRHAMS)

Mode de paiement : ESPECES

ATLANTIC SUD OPTIC
Opticien Optométriste
N°87 Avenue 24 Novembre
Laayoune CACHET
Tél : 06.96.75.37.11