

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

Cessions 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.

Education :

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

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1359

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MACHOUK BOUATTA

Date de naissance :

Adresse : ZANAT IDAIRIA MOAS ELI

Tél. 06 93 39 51 09 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur CHARAFDINE Mohamed Fadel
OPHTALMOLOGISTE
INPE: 021174255

Date de consultation : 12/07/2012

Nom et prénom du malade : MACHOUK BOUATTA Age : 7000

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertonie tensionnelle

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) :

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 honoraires
12/03/20	CS		300 DHS	Docteur CHARAFDDINE Mohamed Radef OPHTHALMOLOGISTE TÉL: 021174255 20 LAAYOUNE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MASRI 33 AV. MLY ISSTI SIDI MOUSSA - LA VALLE - 05 28 00	12/12/2012	22.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 +212 96.75.37.11	27/02/2020					3000,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

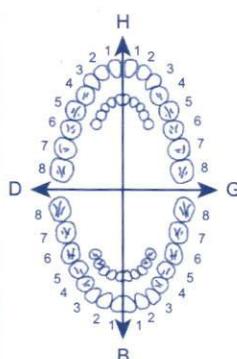
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—————
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

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



محمدفضل
وجراحة العيون
الأنق
باسبانيا
إسبانيا
بلية إسبانيا

Laâyoune; à: ٦٢٢٢٦٦٣ العيون

Dr CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTHALMOLOGISTE
INPE: ٠٢١٧٤٢٥٥
TEL: ٠٥٢٨٩٩٣١٣٠ LAAYOUNE



22.00

22.00

RDV : الموعد :

PHARMACIE ALI
N°33 Av MLY ISRA
Tél: 0528996619

انتل ٣١ ج (1 نون)

Dr CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTHALMOLOGISTE
INPE: ٠٢١٧٤٢٥٥
TEL: ٠٥٢٨٩٩٣١٣٠ LAAYOUNE

شارع مكة رقم 64، الطابق الأول، العيون
الهاتف: 0528993130
cabinet.dcharafddine@gmail.com

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



دكتور شرف الدين محمد فاضل
اختصاصي في طب و جراحة العيون
طبيب سابق
بالمستشفى الجامعي إشبيلية إسبانيا
خريج كلية الطب إشبيلية إسبانيا

Laâyoune; à: ١٢٩٢٢٥٢٣ العيون، قرني

Dr. CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTHALMOLOGISTE
INAP: 021174255
TEL: 0528993130 LAAYOUNE

VL
OD +1,25

OS +1,25

VR add + 200

Frédéric
RDV:

Dr. CHARAFDDINE Mohamed Fadel
OPHTHALMOLOGISTE
INAP: 021174255
TEL: 0528993130 LAAYOUNE

شارع مكة رقم 64، الطابق الأول. العيون Avenue de la Mecque N° 64, 1er étage. Laâyoune
الهاتف: 0528993130 Tél:
cabinet.drcharafddine@gmail.com



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

ATLANTIC SUD OPTIC

Identifiant commun de l'entreprise : 002249574000089

Identification fiscal : 37554715

Identification à la taxe Professionnelle : 77304610

N° Registre de Commerce : 27889

INPE : 095011342

FACTURE NUMER 267 / 2020

LAAYOUNE LE 27 / 02 / 2020

Nom de bénéficiaire : MACHHOUR BOUAZA

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

Av 24 Novembre N° 87 Hay ESSAADA Laayoune Tel. 0696753711