

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

générales :

Le réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le 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.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, admissions 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.

Sur 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

- Reclamation : 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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 308 Société : *Det. M. M. R. R. M. M. R.*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *M. M. M. R. M. M. R.*

Date de naissance : *1^e juillet 1939*

Adresse : *1^e Rue Mousa Al Ayoubi*

Tél. : 06 63 20 53 53 Total des frais engagés : 2 834,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/06/2012

Nom et prénom du malade : *M. M. M. M. R. M. M. R.* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Alzheim*

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 : *Centre Ben Abdellah* Le : *12 AOUT 2012*

Signature de l'adhérent(e) : *M. M. M. R. M. M. R.*

ACCUEIL 20

LISTE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
18/06/2020 Actes	300	300	Pr. M. F. HAMDAN 24, Rue Imane ABBOUS 06100 ITALIE 053227651	Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Optique Le Beau Anticien Bd. Moudawilia Blo GSM : 06 77 27 25 00</p> <p>Pharmacie</p>	<p>18/06/2020 N° 170 Case 18/06/2020</p>	<p>2000000 534,20</p>
<p>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</p> <p>Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie</p> <p>Nezha El Aoud Docteur en Radiologie</p>		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients
		Montant des Honoraires
092010982		

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				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	Coefficient des travaux
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 	Montants des soins (Amounts of treatments)	Debut d'exécution (Beginning of execution)	Coefficient des travaux
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS (Date of the estimate)				
DATE DE L'EXECUTION (Date of execution)				

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca le 11/7/09
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Remboursable AMO 406865
PPV: 34,00 DH

18/6/20/09
الدار البيضاء في:

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

11/7/09
J. liposic 3/1/100g
34,00 x 2 = 68,00
11/7/09



11/7/09
J. liposic 3/1/100g
22,60 x 2 = 45,20
11/7/09

11/7/09
flucon 1 fl x 3/1/90g
34,00 x 2 = 68,00
11/7/09



11/7/09
flucon 1 fl x 3/1/90g
22,60 x 2 = 45,20
11/7/09

11/7/09
Doxymycine 200 mg 10 ml
100 mg/10 ml le soir Apès repas

11/7/09
Par dev portant au soleil durant la journée.

11/7/09
Dr. Mohammed HAMDANI
Ophtalmologist
24, Rue Imame Aloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr) Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmmdani@yahoo.fr
53h, 20

Distribué par Zenith Pharma
PPV = 111,70 DH

للمعاملات
في العمل فقط

10 jours

20 jours

1 mois

DOXYMYCINE 200 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 70DH00 EXP 02/2022
LOT 9N021 1

POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.
لاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DH

POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.
لاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma
PPV = 117,00 DH

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte

Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le :

AFMAR
Mohammed
Jawad

V double foyer
photo énumérées.

$$\Theta = (95^\circ, -2,100) + 0,15^\circ$$

$$\Theta_L = (85^\circ, -2,100) + 0,15^\circ$$

V double foyer

order = +2,100

Optique Le Beau Coin
Opticien
Bd. Moudoune 3ème étage N° 70
GSM : 06 25 27 25 92 - Casablanca

Pr. MED. HAMDANI
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

18/6/2020
الدار البيضاء في :

24. زنقة الإمام الحسن الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورڭون. الدار البيضاء

05 22 26 66 77 - الفاكس : 05 22 27 67 46 / 51

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

Optique Le Beau Coin



RC. N° : 335648
ICE: 0017900600000008.

Facture N° 002431

Casablanca, le : 18/06/2020

Mr (e) : MOHAMMED AHMAD

VL :

OD : (95° 2,00) +0,50

OG (85° 2,50) +0,50

VP : ADD : +2,00

OD :

OG :

Monture : PLASTIQUE

Verres : BI-PIRÉTICROOSIF

Le Beau Coin
Opticien

Bd Moudiboukita Bloc "J" N°70
GSM : 06 25 27 25 92 - Cas

10000-

10000-

Total : 20000,00 -

Arrêtée la présente facture à la Somme du :

DEUX MILLE ET HUIT