

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0021696

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2637 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENDAOUD Date de naissance : 21/07/58
Adresse : Rue EL BEKRAI
Tél. : 06.66.12.1380 Total des frais engagés : 2400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHARIF Abdellatif
Ophtalmologiste
Bd. Med. V. Imm. Chahrazad
2ème Etage N°1 - NEZGANE
05 28 83 70 70

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FATHI Khadaj Age : / /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cornée

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) : /

19 AOUT 2020

ACCUEIL

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 Actes
02.02.2023	2023		2023	<p>Dr. Othman Abdellatif Dentiste 2^e Etage N°1 - INEZGANE Tél: 05 28 93 70 70</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
<p>ASSMA OPTIQUE 5 Jaaouharat Messaouda - Av. Molay Ab. Siva Quartier Tanast-Integane- Tel: 05 28 83 87 33 Email: assmaoptique@gmail.com RC 34592 Tél: 49347800 / IF: 40192075 CNE5 8152404 ICE 00047574500064 / INPE 045063466</p>	13.1.2023					2023

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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



عيادة أمراض وجراحة العيون

CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

Dr CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste

إنزغان، في 07 جويلية 2021
Inezgane, le 07 July 2021

Lunettes pour

M

FATHI Khachouy

OD

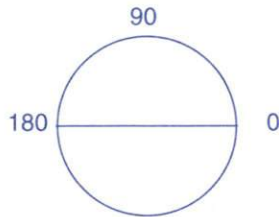
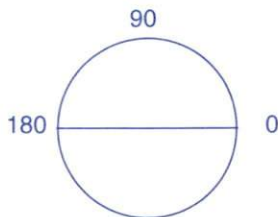
OG

-1 (-0,50 à 80°)
+2,50

LOIN

PRES

-1 (-0,50 à 60°)
+2,50



Verres :

Monture :

E.I.P.:

ASSMA OPTIQUE
5, Facultatif Mohamed V - Inezgane - Algérie - Tél: 05 28 83 70 70
Général: 05 28 83 70 70
E-mail: assmaoptique@gmail.com
Télé: 05 28 83 70 70 / 05 28 83 70 70 / 05 28 83 70 70

Dr. CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste
Bd. Med. V. Imm. Chanrazad
2^e Etage N°1 - INEZGANE
Tél: 05 28 83 70 70

شارع محمد الخامس (عمارة شهرزاد) الطابق الثاني رقم 1 - إنزغان
Bd. Mohamed V - 2ème étage - N°1 (en face de la poste) - Inezgane
الهاتف: 05 28 83 70 70



Facture n° 0484

Date : 13/08/2020

Nom du Client : FATHI KHADDOJ

	Correction			
	SPH	CYL	AXE	ADD
O.D LOIN	-1	-0,5	80	3,5
O.G LOIN	-1	-0,5	60	3,5

Catégorie	Désignation	Unité	Prix Unitaire (en DHS)	Montant TTC (en DHS)
VERRE (vision de loin)	PROG ORG PGX AR	2	1100,00	2200,00
VERRE (vision de près)				0,00
Monture	Optique	0	0,00	0,00
			Total TTC	2200,00
			Total HT	1833,33
			TVA (20%)	366,67

ARRETÉE LA PRÉSENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE À LA SOMME DE :

DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Le règlement de la facture effectué : en espèces

ASSMA OPTIQUE
 5, Jaouharat Massdoura, Av. Moulay, Ali Chrif, Quartier Tarrast – INEZGANE –
 Quartier Tarrast, INEZGANE – Tel: 05.28.83.87.33
 Email: assmaoptique@gmail.com RC: 34592
 Patente: 49347800 / IF: 40192076 CNSS: 9152505
 N° 000425745000064 / INPE: 045003605

✉ : 5, Jaouharat Massdoura, Av. Moulay, Ali Chrif, Quartier Tarrast – INEZGANE –

☎ : 05.28.83.87.33 / @ : assmaoptic@gmail.com / RC : 34592 / Patente : 49347800
 IF : 40192076 / ICE : 000425745000064 / INPE : 045003605 / CNSS : 9152505