

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.

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

2437
N° 37278

Déclaration de Maladie : N° P19-0021696

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2437 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDAOUD EL BISKRAI Date de naissance : 21/07/88

Adresse : Rue 562 N° 1 terrasse inzegane

Tél. : 06 66 12 18 80 Total des frais engagés : 2400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHARIF Abdellatif
Ophthal'mologiste
Bd. Med. V. Imm. Chahrazad
2^e Etage N°1 - INEZGANE
05 28 83 70 70

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FAT HI khadidja Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Concili

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

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
02.02.2023			2.00,-	<i>DR CHARIF Abdellatif Ophthalmo Chirurgiste 2^e Etage N°1 - NEZ GANE</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

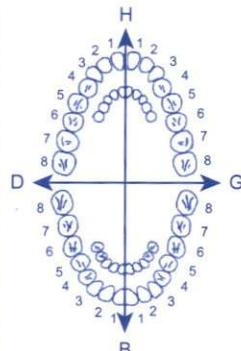
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>ASSMA OPTIQUE</i> 5 Joaouhar Mexroudia - 1er étage - 28000 Quartier Farhat Intégrale - Tel: 05 28 83 87 33 Email: assmaoptique@gmail.com RC 34592 Siret: 493478001 F 40192076 CNSS #52304 ICE 00047574500064 / INPL 045001366	13.1.2023	examen PROU ORBUX AR			2.00,-	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

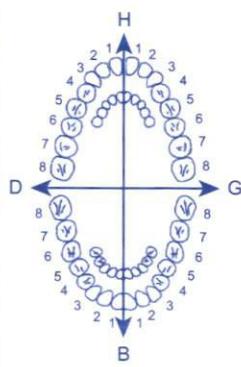
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	
D	00000000	00000000	B	
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Dr CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste

عيادة أمراض وجراحة العيون

CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

1618716

Inezgane, le

07/01/2021

Lunettes pour

M FATHI Khedday

OD

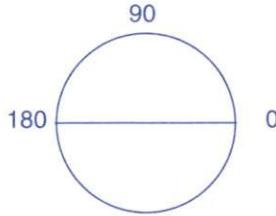
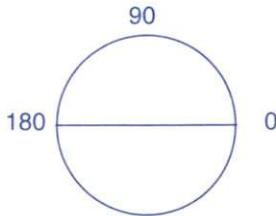
OG

-1 (-0,50 ± 80°)
+2,50

LOIN

PRES

-1 (-0,50 ± 60°)
+2,50



Verres :

ASSIMA OPTIQUE
Assima Optique Inezgane
Boulevard Mohamed V, 1er étage
Téléphone : 0528837070 / 0528837070 / 0528837070 / 0528837070
Fax : 0528837070 / 0528837070 / 0528837070 / 0528837070

Monture :

E.I.P.:

*Dr. CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste
Bd. Med. V. Impr. Chahrazad
2^e Etage N°1 - INEZGANE
Télé : 05 28 83 70 70*

شارع محمد الخامس (عمارة شهرزاد) الطابق الثاني رقم 1 - إنزگان
Bd. Mohamed V - 2ème étage - N°1 (en face de la poste) - Inezgane

Télé : 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
Jaouharat Massdoura Av. Moulay Ali Cherif
Quartier Jaouharat Massdoura Tel: 05 28 83 87 33
Email: assmaoptic@gmail.com RC 34592
Patente: 49347800 / IF 40192076 / INPE 045003605 / CNSS 9152505
TVA: 00042574500064 / INPI 045003444

✉ : 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 : 00042574500064 / INPE : 045003605 / CNSS : 9152505