

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.

Rééducation :

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

Déclaration : 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.

AS : Centre Allal Ben Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



24 37

ND 37 279

Déclaration de Maladie : N° P19-0021697

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEN DAUD Date de naissance : 21/07/57
Adresse : EL BERKAI
Tél. : 06.66.12.18.80 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CHARIF Abdellatif
Ophtalmologiste
Bd. Med. V. Imm. Chahrazad
2^e Etage N°1 - INEZGANE
05 28 83 70 70
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BEN DAUD 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.

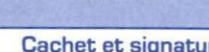
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR Le : 12/08/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02.02.2020	TE		200,00	

CHARIK
Ophtalmologiste
Ed. Med. V. Imm. Chahrazad
2^e Etage N°1 - INFEGANE
05 28 83 70 70

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant de détail des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 ASMA OPTIQUE 10 rue de la République - 40100 Nîmes Tél : 04 67 20 10 10 - Fax : 04 67 20 10 11 E-mail : asma@asma-optique.com	22/07/20		2 lunettes ORL			#9000
			1.61 AR			
			+ Monture optique			

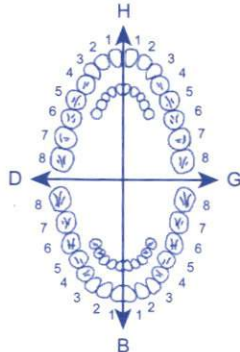
ASSMA OPPORTUNITY #9

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 de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

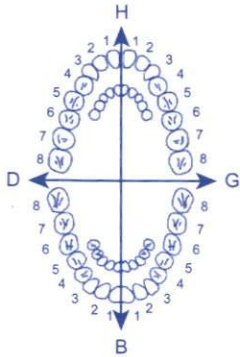
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

عيادة أمراض وجراحة العيون
CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX



Facture n° 0464

Date : 22/07/2020

Nom du Client : BEN DAOUD GHITA

	Correction			
	SPH	CYL	AXE	ADD
O.D LOIN	-3,5	-1	5	0
O.G LOIN	-3,5	-1	10	0

Catégorie	Désignation	Unité	Prix Unitaire (en DHS)	Montant TTC (en DHS)
VERRE (vision de loin)	ORG 1,6 AR	2	300,00	600,00
VERRE (vision de près)				0,00
Monture	Optique	1	300,00	300,00
			Total TTC	900,00
			Total HT	750,00
			TVA (20%)	150,00

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

NEUF CENTS DIRHAMS

Le règlement de la facture peut être effectué : en espèces

ASSMA OPTIQUE
 Jaouharat Massdoura, Av. Moulay Ali Chrif, Quartier Tarrast - INEZGANE -
 Tel : 05.28.83.87.33 / RC : 34592 / Patente : 49347800
 Email : assmaoptique@gmail.com / CNSS : 9152505
 IF : 40192076 / ICE : 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