

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.

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.

Prothèse :

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.

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

éclamation : 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

ND 37 879

Déclaration de Maladie : № P19-0021697

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2437 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN DAOUD Date de naissance : 21/07/58

Adresse : Rue 562 N°1 Inezgane Karras

Tél. : 06 66 12 18 80 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHARIF Abdellatif
Ophthalmologiste
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 DAOUD Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

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 : 19 AOUT 2020

Signature de l'adhérent(e) : BEN DAOUD



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
02.07.2020			100.100	DR. MED. V. IMM. CHAHRAZAD ELAGAMI 05.28.83 10.70 Ophtalmologiste

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

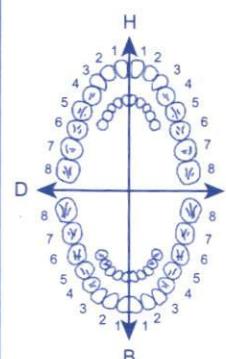
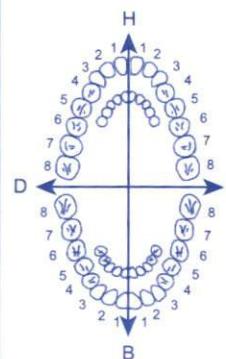
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ASMA OPTIQUE Quartier des Moulins 4, Nouvel all. de l'Industrie 16, 45340 Givry, France Tél. 03 44 20 12 03 / fax 03 44 20 12 03	22.07.20	examen oculaire + monture optique	1.61 AR			100.100

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 le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
[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



Dr CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste

عيادة أمراض وجراحة العيون

CABINET DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

3936116

Inezgane, le 07 Juil 2021 إنзگان، في

Lunettes pour

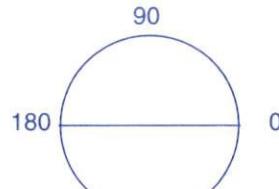
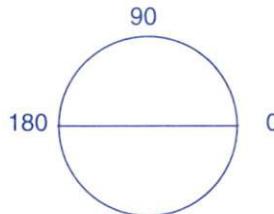
M BEN HADDOUD CHITA

OD

OG

-3,50 (-1 à 5°) LOIN -3,50 (-1 à 10°)

PRES



Verres :

Monture :

E.I.P.:

ASMA OPTIQUE
Zaouia de l'Artisanat
Elmali, Assilah
Tél: 05 26 80 40 40
T.C.F: 05 26 80 40 40 / 4012078
www.asmaoptique.com RC 3452
S.N.S: 05 26 80 40 40 / 15PI 04500 3404

Dr CHARIF Abdelatif
Ophtalmologiste
Bd. Med. V. Inezgane
2ème étage N°1 - INEZGANE
Tél: 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
الهاتف: 05 28 83 70 70



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
			<i>Total TTC</i>	<i>900,00</i>
			<i>Total HT</i>	<i>750,00</i>
			<i>TVA (20%)</i>	<i>150,00</i>

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
Email: assmaoptic@gmail.com RC: 34592
Patente: 49347800 / INPE: 045003605 / CNSS: 9152501
IF: 40192076 / ICE: 000425745000064 / INPL: 045003A44
20042574500064 / INPL: 045003A44

✉ : 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