

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.

Dentaire :

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

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



AMP2 M.H- 39713

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002998

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3388 Société : R-A-M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABBAD EL ANDALOUSSI Date de naissance : 13/10/1959
Adresse : N°7 LOT HIND CALIFORNIE CASA
Tél. : 06 61 20 06 57 Total des frais engagés : 6995,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/02/2020
Nom et prénom du malade : ABBAD EL ANDALOUSSI FAYSA Age : 61g
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
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 : CASA Le : 14/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0002998

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3388
Nom de l'adhérent(e) : ABBAD
Total des frais engagés : 6995
Date de dépôt : 25/08/2020

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 Règlement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  Pharmacie BENGHAZI EZZARHOUNI Rabia 2, Rue N° 8 Lot Tanay Californie Casablanca - Tél: 0522 52.27.62 | 14/07/2020 | 695,00 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

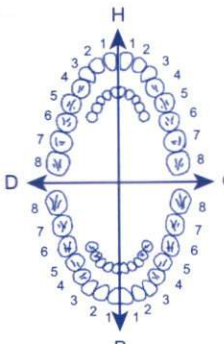
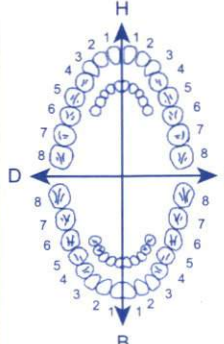
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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

Docteur Amal RAKKAA

Ophthalmologiste



الدكتورة أمال راكم

إختصاصية في (أمراض و جراحة العيون)

- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول
تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le

14-07-2020

Abbad EL Andaloussi Fayçal

Lunettes pour VL

OD = + 1,5

OG = + 1,5 (-0,5 @ 105°)

add:

ODG = + 2,5

KADER OPTIQUE
OPTIQUE - OPTOMETRIE
LENTILLE DE CONTACT
104, AV. Abdellah Benhadj, Drieassia - Casablanca
Tél: 05 22 28 70 73 - Fax: 05 22 80 18 36

Dr. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca
Tél: 05 22 52 66 77 / 06 73 98 15 03

شارع القدس - جزيرة السكن الأبيض - إقامة الصفاء - عمارة 405 الطابق الأول الرقم 7 - الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Lot. Assakane Alanik «Résidence ASSAFA» Immeuble 405, 1er étage N° 7 - Casablanca

الهاتف : 06 73 98 15 03 / 05 22 52 66 77

Je 14-07-2020

YABBAO El andalous Rysol

139x5

S.V

(1) Xilaisl Zew alfor

C 7x45 = 203

T 695,00

صيدلية بنغازي
Pharmacie BENGHAZI
EZZARHOUNI Rabia
2, Rue N° 8 Lot Tanay Californie
Casablanca - Tél: 0522 52 27 62

Dr. RAKKA
Ophtalmologiste
405 Bd. Al Ouds N° 7 Casablanca
Tél: 05 22 52 00 77 - 06 73 98 15 01

PPC 139,00 DH

LOT 100319
2021 03

PPC 139,00 DH

LOT 100319
2021 03

PPC 139,00 DH

LOT 100319
2021 03

PPC 139,00 DH

LOT 100319
2021 03

PPC 139,00 DH

LOT 100319
2021 03

DCE = 001823017000027

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhagi
IDRISSIA 1 - Casablanca
Tél: 05 22 28 70 73
Fax: 05 22 80 18 36

FACTURE 002387

Le 24/07/2020

Patente: 33664052
CNSS: 2361145
R.C.: 20 47 88

M. Abbad EL Andaloussi Faysal
Amal Rakka

Ordonnance du docteur

| NRS de nomenclature correspondants à la prescription | Loin | | Prés | | D.F. | |
|--|---------|---------|---------|-------------|---------|---------|
| | O. D. = | O. G. = | O. D. = | O. G. = | O. D. = | O. G. = |
| | +1.50 | +1.50 | | -0.50 (lcr) | +2.50 | |

FOURNITURES :

Montures :

optique

1000

1000

Verres :

progrissif

2500 x 2

5000

organique Ail

La présente facture arrêtée à la somme DH

TOTAL

0000

Six mille DH

KADER OPTIQUE
OPTIQUE - OPTOMETRIE
LENTILLES - CONTACT
404 AV Abdellah Senhagi - Drissia - Cas.
Tél: 05 22 28 70 73 Fax: 05 22 80 18 36