

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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 caractére 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9563

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : EX-RAM

Nom & Prénom : LAAMRT

MOHAMMED RACHID

Date de naissance : 13-10-1970

Adresse : RESIDENCE MANZAH CALIFORNIA

VILLA 20 EL JADIDA

Tél. : 0663443493

Total des frais engagés : 1400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr.EL BOUYERMANI AHMADOU
OPHTALMOLOGISTE
6.Av .Mohamed VI, Apt 4
Tel : 0523 33 33 08 - El Jadida

Date de consultation : 05/10/2020

Nom et prénom du malade : TAOUFIQ HANANE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Vice de refraction

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 : CASABLANCA

Le : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/10/2020	Ca	1	20000	DR EL BOUVERI AHMA OPHTALMOLOGISTE 6.Ay. Mohamed VI, AP 11 Tél : 0524 208-El

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 Cœfficients	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	
VOTR, Angle Bd. 2 Mai & Kods - MAID. 05-254-6980 Maid. Ain Chakf N°5	Per Udo Perugia		Mortino verte.			1800 DH

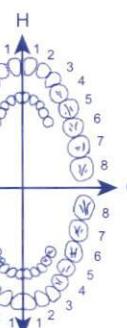
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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



 D G
 B H

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI

SPECIALISTE DES MALADIES ET
CHIRURGIE DES YEUX

MICROCHIRURGIE - PHACOEMULSIFICATION
PAUPIERE- VOIE LACRYMALE

ANGIOGRAPHIE RÉTINIENNE
LASER-ARGON

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE NICE (FRANCE)
EX. ATTACHE DES HOPITAUX DE NICE

الدكتور أحمدو البوير ماني

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جلالة مأ فوق الصوتية

ليزر - تصوير أوعية الشبكة

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات (نيس)

05/10/2020

El Jadida, le :

TAOUFIQ Hanane

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :
DE PRES

Oeil Droit : + 1,00

Oeil Gauche : + 1,00



Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI
OPHTHALMOLOGISTE
6, Av. Mohamed VI Apt. N°4 - El Jadida
Tél : 05 23 35 13 08

INPE : 111049110 - ICE : 001665655000007 - CNSS : 63905847

6, AVENUE MOHAMMED VI, APPT N°4 - EL JADIDA

Tél. : 05 23 35 13 08

opticienne optométriste

Contactologue

Angle Bd. 2Mars et Bd El Kods
Imm Al Majid n°5 - Ain Chok
Casablanca - Tél. : 05 22 52 59 88
GSM : 06 80 08 52 40

Facture 0005232

N° Identification : 02202896

Patente : 34062115

R. C. : 127047

IE 00003733S000076

Nom et Prénom : TRADEFI & HANANE

Date 20/10/2010

Vision de Loin	Vision de Près
OD : Sph _____ Cyl _____	OD : Sph +1.00 Cyl _____
OG : Sph _____ Cyl _____	OG : Sph +1.00 Cyl _____

Double Foyer

OD : Sph _____ Cyl _____ ADD : _____

OG : Sph _____ Cyl _____ ADD : _____

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : <u>épique</u>	600DK
	Verre : <u>verres ambrés anti-reflets</u>	600DK

Montant en lettres : Mille deux cents dinars

Total 1200DK
NOTROPTIC
Casablanca - Ain Chok - CASA
Tél : 05 22 52 59 88
Cachet & Signature