

## 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.

### Radiologie 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.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0011109

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8669

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Hicham

Date de naissance : 10/03/1972

Adresse : 6 OPERATION LILIA ETGE Appt 10

AIN CHOCK Casablanca

Tél. : 0673735897

Total des frais engagés : 5200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 OCT 2022

Nom et prénom du malade : TAWFIK Hicham

Age : 50 Ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) : .....

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

# 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
27 OCT 2022			220 000	

# 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 Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

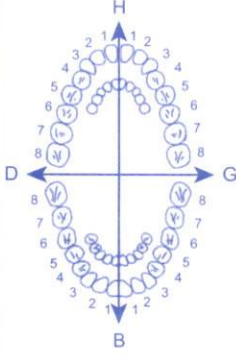
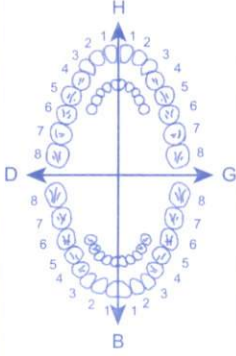
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/11/22					5000,00 DH

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b> 			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# LIBERTY VISION



Résidence El Yamama  
107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheïl)  
Mâarif Casablanca  
Patente N°: 35800120

Tél : 05 22 25 16 26

N° 0026752

إقامة اليمامة  
107, شارع بئر انزاران  
المعاريف الدار البيضاء  
البتانتا : 35800120

Docteur : OUHADI SAUD

Mr. : TAWFIK HICHAM

## Nomenclature :

Montures :  $\begin{cases} \text{VL : } \dots\dots\dots \\ \text{VP : } \dots\dots\dots \end{cases}$  optique 1000,00

Type de Verres : progressif Original

## VISION DE LOIN :

OD : Axe : 90° Cyl : -1,25 Sph : -0,50 2000,00

OG : Axe : 70° Cyl : -1,00 Sph : -1,00 2000,00

## VISION DE PRES :

OD : Axe : 90° Cyl : - Sph : -

OG : Axe : 70° Cyl : - Sph : -

Add : +2,00

TOTAL :

Le : 07/11/22

Cing mille Dhs = 5000,00 Dhs

**Docteur OUHADI Souad**

**Maladies et Chirurgie des yeux  
Adulte et Enfant**

Cataracte - Lasik et esthétique des yeux  
Chirurgie des paupières et des voies lacrymales  
Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact  
Permis de Conduire

keratocone



091021162

**الدكتورة أهادي سعاد**

**أمراض و جراحة العيون**

**لل كبار والصغار**

**جراحة الجلابة**

**معالجة قصر البصر بالليزر**

**جراحة وتجميل الجفون**

**جراحة مسالك الدموع**

**الحوول - الضغط - العدسات اللاصقة**

**رخصة السياقة**

**INPE: 091021162**

27/10/2022

Casablanca, le : .....الدار البيضاء في:

**Mr Tawfik Hicham**

Lunettes pour vision de LOIN

OD : - 0,50 (90° -1,25)

OG : - 1 (70° -1)

, ADDITION POUR VISION DE PRES

OD : + 2

OG : + 2

, VERRES PROGRESSIFS ANTI UV

**LIBERTY VISION**  
Rég. Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Appt.3 - Bournazil - Casablanca  
Tél.: 05 22 56 06 56

**Dr. OUHADI SOUAD**  
Ophtalmologiste  
Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Appt.3  
Bournazil (Près Rés. Poissons) - Casablanca  
Tél.: 05 22 56 06 56