

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- 0037412

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05064 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SLAMNI Abdelhak
 Date de naissance : 1956
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0661854131 Total des frais engagés : 3944,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 07/06/2023
 Nom et prénom du malade : SLAMNI Abdelhak Age :
 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 : CASABLANCA

Le : 08/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
07/06/23	C. 5		250,00	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/06/23	94,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

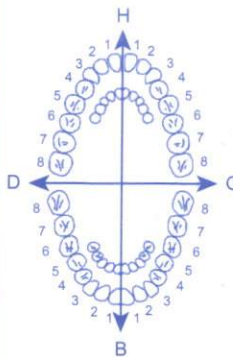
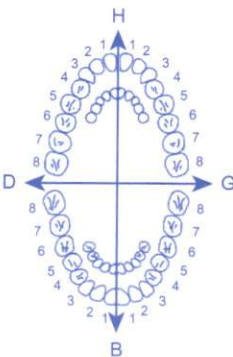
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IV	IV	
	07/06/2023					3600

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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	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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr . BAMOUSSI Asmaa

Spécialiste en ophtalmologie
Enfants et adultes



Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
Diplômée en imagerie et pathologies rétiniennes de paris
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd

- Chirurgie de cataracte
- Chirurgie des voies lacrymales
- Lentilles de contact
- Maladies de la rétine
- Kératocône
- Échographie, OCT et Lasers
- Strabisme

07 juin 2023

Mr. SLIMANI ABDELHAK

د . باموسي أسماء

أخصائية في طب وجراحة العيون
صغار وكبار

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم في تصوير أمراض شبكية العين بباريس - فرنسا
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

- جراحة الجلالة
- جراحة المسالك الدمعية
- العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- القرنية المخروطية
- تصوير الشبكية - الليزر
- تصحيح الحول

94,00

XAILIN HA

1 gtte 4 fois/j, dans les deux yeux



Dr. BAMOUSSI Asmaa
Ophthalmologiste
Lot Amal 2 Rés, N° FB 39, 1er étage
Bureau N° 2, Mediouna - Tit Mellil
Tél : 05 22 72 07 49

تجزئة أمال 2 عمارة رقم FB39 الطابق 1 مكتب رقم 2 إقليم مديونة - تيط مليل

Lot. Amal 2 Rés. N° FB39, 1^{er} étage Bureau N° 2, Mediouna - Tit Mellil

Tél : 05 22 72 07 49 - E-mail : Asmabamoussi@gmail.com

Dr . BAMOUSSI Asmaa

Spécialiste en ophtalmologie
Enfants et adultes



د . باموصي أسماء

أخصائية في طب وجراحة العيون
صغار وكبار

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
Diplômée en imagerie et pathologies rétiniennes de paris
Ancienne interne du CHU IBN Rochd

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم في تصوير أمراض شبكية العين بباريس - فرنسا
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

- Chirurgie de cataracte
- Chirurgie des voies lacrymales
- Lentilles de contact
- Maladies de la rétine
- Kératocône
- Échographie, OCT et Lasers
- Strabisme

07 juin 2023

Mr. SLAMNI ABDELHAK

- جراحة الجلالة
- جراحة المسالك الدمعية
- العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- القرنية المخروطية
- تصوير الشبكية - الليزر
- تصحيح الحول

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, filtre anti lumière bleue

VL : OD = + 2.50 (- 0.75 à 73°)

OG = + 2.00 (- 0.75 à 103°)

VP : ODG = Add : + 3.00



تجزئة أمال 2 عمارة رقم FB39 الطابق 1 مكتب رقم 2 إقليم مديونة - تيط مليل

Lot. Amal 2 Rés. N° FB39, 1^{er} étage Bureau N° 2, Mediouna - Tit Mellil

Tél : 05 22 72 07 49 - E-mail : Asmabamoussi@gmail.com

Bouaziz Optical

Dr. BOUAZIZ Khadija
INPE: 065040537

N° 002262

08/06/2023

AB Delhak Slamm n:

Docteur	Vision de Loin	Vision de prés	Progressif	Montant
Asmaa Bamoussi	Monture : Verres :	Monture : Verres :	Monture : Verres : Add :	6000 Blen 15000 15000
	VL : OD : (à) +250 OG : (à) +200	Vp : OD : (à) OG : (à)	ORMA +3.00	

TOTAL T.T.C 36000

Arrêtée la présente facture à la somme de

Trois Mille six cent Dirhams

Signature :

Bd Nakihil Hay Al Amal 1, Imm 39, Magasine 8 - Tit melil
(à coté de laboratoire)

06 03 99 77 14

bouaziz.marwa19@icloud.com @bouaziz_optical

RC : 451622 - N° Patente : 37102769

ICE : 003128844700080

