

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaires, 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 canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

188287

M23- N° 0030134

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23.18 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Harouchi Amina

Date de naissance : 21/07/1956

Adresse : Lot Attadhamoun Rue I 5M80 N°15

Tél. : 06.61.87.13.15 Total des frais engagés : 22000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2023 Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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
26/10/2023 (sois)			300,-	

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22/10/2023	mautue + queune pif				1900,00

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
وجراحة العيون

Casablanca, le... 26/10/2023....

Mme HAROUCH Amina

Lunettes pour VL et VP

verres organiques progressifs antireflets

VL : OD = +1.00 (-0.50 à 90)

OG = +1.00 (-0.50 à 85)

VP : OD = Add : + 2.50

OG = Add : + 2.50

TEL : 05 20 88 16 16
LUL Chambre, Rue 2, 121 Casab, Oukba
OPTIQUE EN OPTOMETRIE
OPTIK BUDGET SARL ALI

Dr. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste
www.lasik.ma
14, rue des Hôpitaux - 3^{ème} étage
En face des Urgences Averoës
Tél./Fax : 05 22 27 00 21 - Tél.: 05 22 49 25 25 - GSM : 06 59 11 14 59 - E-mail : meriharouch@yahoo.fr
Site: www.ophtalmo-lasik.ma

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Corneenne - Kérotocône - Lentilles
Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
و جراحة العيون

Casablanca, le.....
26 octobre 2023

Mme HAROUCH Amina

Certificat médical

Je soussigné Dr. HAROUCH certifie avoir examiné
Mme HAROUCH Amina et certifie qu'elle nécessite
un changement de correction lunettes au niveau
des deux yeux.

Dr. M. HAROUCH
Ophtalmologiste
www.lasik.ma
44, Rue des Hôpitaux - 3ème étage
E7 face des Urgences Averoës
Tél/Fax : 05 22 27 00 21 - Tél.: 05 22 49 25 25 - GSM : 06 59 11 14 59 - E-mail : meriharouch@yahoo.fr
Site: www.ophtalmo-lasik.ma

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Corneenne - Kérotocône - Lentilles
Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

OPTIK BUDGET

21 LOT Chahdia

Rue 2 Oulfa

CASABLANCA

05 20 88 16 16

optik.budget01@gmail.com

Mme AMINA HARROUCH

20700 CASA

Maroc

FACTURE N° : F23/0014**Date : 21/12/2023**

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
1	VER	VERRE PROGRESSIF ORG AR	800.00		800.00	20.0
1	VER	VERRE PROGRESSIF ORG AR	800.00		800.00	20.0
1	MON	MONTURE OPTIQUE	300.00		300.00	20.0

OPTIK BUDGET SARL AU
 Opticien Optométriste
 Lot Chahdia, Rue 2, N°21 Casa, Oulfa
 Tel: 05 20 88 16 16

Corrections :

VL D. Sph: +1.00 Cyl: -0.50 Axe: 90° Add: +2.50

VL G. Sph: +1.00 Cyl: -0.50 Axe: 85° Add: +2.50

VP D. Sph: +3.50 Cyl: -0.50 Axe: 90°

VP G. Sph: +3.50 Cyl: -0.50 Axe: 85°

Prescrit par :

No ID :

En date du : 26/10/2023

Paiements

Acomptes 1900.00

Tiers payant 0.00

Montant total payé : 1900.00

Solde : 0.00

Totaux

Total hors TVA : 1583.33 Dh

Montant TVA : 316.67 Dh

Total TTC : 1900.00 Dh