

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 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 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.

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



188287

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030134

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2318 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Harouch Amina
Date de naissance : 21/07/1956
Adresse : Lot Atachmane Rue J 3M80 N°5
OULFA CASA
Tél. : 0661871315 Total des frais engagés : 2200,00 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 26/10/2023
Nom et prénom du malade : Age :
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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26/10/2023 | consult | | 300,- |  Dr. H. HAROUCH Ophthémologiste www.hosik.ma Rue des Honoraires - 3ème étage Cité des Urgences Avera Tél : 091074039 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |


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

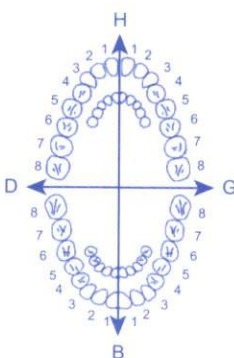
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|----------------------------|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
|  BUDGET SARI AU Optométriste Rue N° 21 Casa, Oudja 05 20 88 16 16 | 22/10/2023 | | matrice + lèvre proq | | | 19.000,- |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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"/> |
| | | | | |
| | | | | |

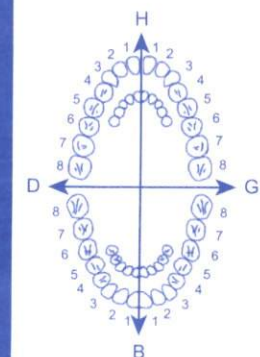
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

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 antirefletes

VL : OD = +1.00 (-0.50 à 90)

OG = +1.00 (-0.50 à 85)

VP : OD = Add : + 2.50

OG = Add : + 2.50

OPTIK BUDGET SARL AU
Opticien Optométriste
Lot Chahdia, Rue 2, N° 21 Casa, Outh
Tél : 05 20 84 16 16

Dr. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste
www.lasik.ma
14, rue des Hôpitaux - 3ème étage
En face des Urgences Averoës
Tél : 001074039

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Cornéenne - Kératocône - 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
وجراحة 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. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste
44, Rue des Hôpitaux - 3ème étage
En face des Urgences Averoes
NP : 91074039
www.lasik.ma

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Cornéenne - Kératocône - 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 S.A.R.L.
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

Paielements

| | |
|-----------------------------|----------------|
| 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 |

ICE 003271994000076

IF 53779360

RC 594909

TP 36006620