

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

M23-0019406

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9215 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAHIM ZITOUNI
 Date de naissance : 01/01/49
 Adresse : BOUSKOURA 19777
 Tél. : 0637944279 Total des frais engagés : 3400,07 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MOONIA BOUKARI
 Spécialiste en Ophtalmologie
 Residence Ezzahra Imam 8
 1er étage N 5 Bouskoura / Casa
 Tél : 05.22.59.28.36

Date de consultation : 12 / 02 / 2024
 Nom et prénom du malade : RAHIM ZITOUNI
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée
 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 : 103 / 24
 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21/02/24	CS		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Médecin	Date	Montant de la Facture
	21/02/24	3200,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

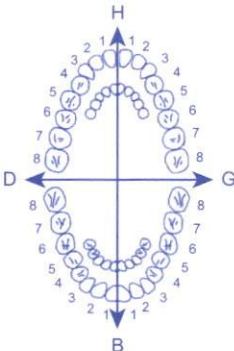
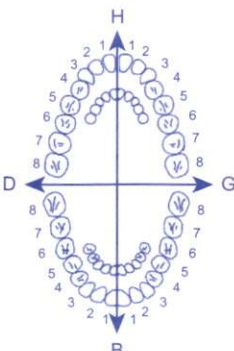
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G															
	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

404, Av. Abdellah Senhaji
Idrissia 1 - Casablanca
Tél : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36

KADER OPTIQUE

patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C : 20 47 88

FACTURE

N° 000730

IF : 02520198
ICE : 001823017000027
INP : 095004081

Casablanca, le

M

O.D. = $105^{\circ} - 020 + 1.00$
O.G. = $85^{\circ} - 120 + 1.50$

ADD. = 2.75
ADD. = 2.75

Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature
correspondants à
la prescription

Loin { O.D. =
O.G. =

Prés { O.D. =
O.G. =

D.F. { O.D. =
O.G. =

FOURNITURE :

Montures :

Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MOTASSIM SIHAM
KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
404, Av. Abdellah Senhaji - Idrissia 1
Tél 0522 28 70 73 - Fax 0522 80 18 36

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

عيادة طب وجراحة العيون

Dr Mounia BOUKARI
Spécialiste en Ophtalmologie



الدكتورة مونية بوكري
اختصاصية في طب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Bouskoura le : 12/02/2024 : بوسكورة في

جراحة الجلدة
تصحيح البصر لاديزر
أمراض الشبكية
أمراض العيون عند الأطفال
تقويم الحول
مسالك الدموع
داء الزرق

Chirurgie de Cataracte
(Phaco-emulsification)
Chirurgie réfractive
Maladies Rétiniennes
(Angiographie-OCT_Laser)
Ophtalmologie Pédiatrique
Strabologie
Chirurgie de voies
lacrymales
Glaucome

إقامة الزهراء عمارة 8
الطابق الاول رقم 5 بوسكورة
الدار البيضاء
(قرب محطة القطار)

Résidence EZZAHRA IMM 08
1er Etage N°5 BOUSKOURA
CASABLANCA
(Près de la gare BOUSKOURA)

✉ cabinetmouniaboukari@gmail.com
☎ 05 22 59 28 36

MOTASSIM SIAM
KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404, Av. Abdellah Zouggag, Casa 1
Tél: 05 22 28 70 73

2 itanni

lunettes de correction optique

UC } $\overline{OS} = + 11.00$
 $(- 0.25 \bar{a} 105^\circ)$

OG = + 11.50
 $(- 1.25 \bar{a} 85^\circ)$

UC Add + 2.75 OS

lens progressifs