

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 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 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



198518

Déclaration de Maladie

M23- N° 0035090

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02638

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI HASSANE

Date de naissance : 08-08-58

Adresse : RCE AL FAJR

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : LAMRANI HASSANE

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétrope

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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PRAF05/V2/20-10-2023

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
12/02/2024	C1		25084	


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

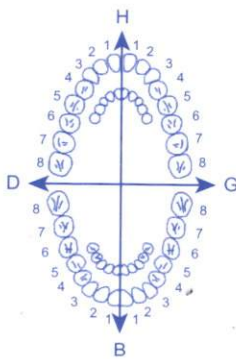
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	07/03/2024					4000 DH

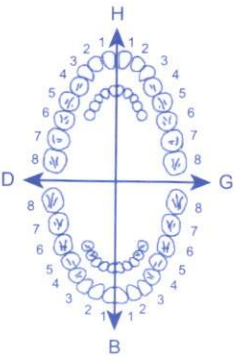
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
						MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
					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

Casablanca le : 7.1.3/2024



عيادة بصريات القدس

Cabinet Optic Al Qods

Groupe 70 n°1 BIS, Hay AL QODS, Sidi Bel'houssi

Opticien optométriste



INPE 095008959

Casa

Patente: 31611830

Tel: 05 22737704

FACTURE N°03/0006 فاتورة رقم

M. LAMRANI HassaneDoit

Prescription ophtalmologue

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du Docteur :	Vision de loin	Vision de près
	O.D. 2,75 (-0,25 à 5°) O.G. 1,00 (-0,25 à 135°)	O.D. add. + 2,25 O.G. add. + 2,25

FOURNITURES :

Montures : plastic 600

Verres : progressif verres 1700

1.5 Trinit Trinit 1700

O.D. : 2,75 (-0,25 à 5°) 1700

O.G. : 1,00 (-0,25 à 135°) 1700

TOTAL : 4000

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Mille Dirham

ICE 001776300000095 IF 14481408

Cabinet Optic al Qods
عيادة بصريات القدس
Opticien optométriste
Tél : 05 22 73 77 04

Dr. CHAMI Mohamed Hicham

Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive
chirurgie de la cataracte
imagerie et pathologies rétinienues

الدكتور الشامي محمد هشام

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جراحة تصحيح البصر
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
تصوير و أمراض الشبكية

INPE
091179259

12 février 2024

Mr LAMRANI Hassane

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques
Antireflets, Amincis

Vision de loin :

OD = - 2.75 (- 0.25 à 5°)

OG = - 1.00 (- 0.25 à 135°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

Cabinet Optic al Qods
عيادة بصريات القدس
Opticien Optométriste
Tél : 05 22 73 77 04

Dr. CHAMI Mohamed Hicham
05.22.73.77.04

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

114 شارع مختار بن أحمد الكرناوي، القدس سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
114, Bd. Mokhtar Ben Ahmed Al Garnaoui, Hay El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 0522 73 76 50 - Mail : chami_h@yahoo.fr