

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

- 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



Déclaration de Maladie

W21-839504

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10975 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL GUERGAAI KAMAL
 Date de naissance : 25/07/75
 Adresse :
 Tél. : 066875488 Total des frais engagés : 3250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Charafeddine Mohamed fadel
 ophtalmologiste
 INPE : 021174255
 Tel : 05 28 31 30 Laâyoune

Date de consultation : 31/01/24

Nom et prénom du malade : EL GUERGAAI Mohamed Tah Age: 19 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Myopie, Astigmatisme

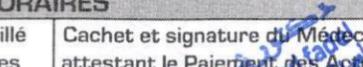
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Laâyoune Le : 07/02/24

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
21-01-24	CS		2500dh's	 Dr. Charafeddine Mohamed Médecin Généraliste INPE : 021174255 20 31 30

St-01-24	CS	250th's	Dr. Charadine Moha. Psychologue INPE : 0211/255 06 34 30
----------	----	---------	---

Docteur Charafeddine Moukoko
Ophthalmologist
INPE : 021174255
05 28 00 31 30 Laayoune

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07-02-24	3000,00 DA

Montant de la Facture

07-02-24

3000,00 DM

[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

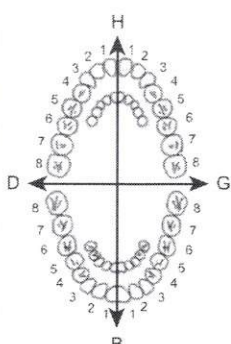
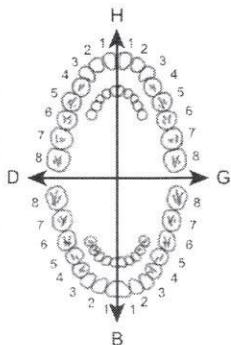
IV

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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX																				
																									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX																				
																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			B	00000000	00000000	00000000	11433553	35533411	11433553			
	H		G																						
	25533412	21433552	00000000	00000000																					
	D			B																					
	00000000	00000000	00000000	11433553																					
	35533411	11433553																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

Montant des
HonorairesCOEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des
Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



العيون، في / / Laâyoune;

31 janvier 2024

Mr EL GUERGAAI Mohamed Taha

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = -1.50 (-2.50 à 175)

OG = -0.50 (-2.00 à 175)



RDV : الموعد :

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné Dr. Mohamed fadel Charafddine, certifie avoir reçu deux cent cinquante (250) Dirhams comme honoraires de consultation de :

EL GUERGAAI Mohamed Taha

Fait à Laayoune le 31-01-24


Docteur Charafddine Mohamed fadel
Ophtalmologiste أمراض وجراحة العيون
INPE : 021174255
Tel : 05 28 90 31 30 Laayoune

Amistad'optic SARL OPTICALIA

N°RC : 20197 / IF : 24835267 / N°TP : 77300213 / CNSS : 553565
N°ICE : 001834774000069 / N°INPE : 025016775

Nom et Prénom : EL GUERGAAI
MOHAMED TAHA

Facture N °015/24

Le : 07-02-2024

Désignation	Qualité	PU	P.T
Monture Optique <input checked="" type="checkbox"/> * - métale <input type="checkbox"/> - Plastique	OPTIQUE	1600.00	<u>1600.00</u>
VL : OD : -1.50 (-2.50 à 175) OG : -0.50 (-2.00 à 175)	VERRES UNIFOCALUX ORGANIKUES PHOTO GRIS ANTILUMIERE BLEU	700.00 700.00	<u>1400.00</u>
TOTAL			<u>3000.00 DH</u>

Arrêter la présente facture à la somme de **Trois Mille Dirhams**

Tél : +212 528 990 899 / Email : clear.optic24@gmail.com / Adresse : Avenue 24 Novembre N°46 - LAAYOUNE

Signature: