

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 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 tous les 6 mois.

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.

Nº W21-772104

Jad16L

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 22 72	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TALBO Boujemaa			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : HAY ATTADAMOUN CHERAM VILLA N° 46. COULFA CASABLANCA			
Tél. : 06 65 13 36 75		Total des frais engagés : 2000.00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa	
Pr BOUAZZA MOHAMED	
Professeur Agrégé-Chef de service-Ophthalmologie	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 18/13/24	
Nom et prénom du malade : Boujeusa Galba	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affection oculaire	
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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **/ /**

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 Frais
18/3/24				INP : 131305 Hôpital Universitaire International Chef de Clinique Pr BOUAZZA MOHAMED

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		131265684

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE MARWA AL ARI Opticienne Optométriste TEL : 05 22 60 35 98	20/03/2024					100000000

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Facture

	Facture N° : 3024 Date : 2024-03-20 Client : TALBO BOUJEMA	OPTIQUE AL HAY HAY MOHAMMADI CITE ONCF BD CHOUHADA BLOC 9 N 476 Tel: 0522-603598
--	--	--

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+2.00	-0.25	65	+2.50
VLVPG	+1.50	-1.00	125	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.5 AR	1	600.00	600.00
2	PROG ORG 1.5 AR	1	600.00	600.00
3	Monture	1	800.00	800.00
TVA		20%	Total TVA	333.33
Total HT		1666.67	Net à payer	2000.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

deux mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECES

OPTIQUE AL HAY – HAY MOHAMMADI CITE ONCF BD CHOUHADA BLOC 9 N 476 – 0522-603598 –
 IF: 20790544 - ICE: 001939621000048 - RC: 381510 - TP: 31990769

OPTIQUE AL HAY
 MARWA LANCHA
 Opticien Optométriste
 TEL: 05 22 66 35 93



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 18/03/2024

Mr TALBO BOUTENA

Lunettes pour correction optique
montures + verres

$$\sqrt{L} \begin{cases} OD + 2,00 (-0,25 \pm 65^\circ) \\ OS + 1,50 (-1,00 \pm 125^\circ) \end{cases}$$

$\checkmark P$ Add + 2,50 OD OS

~~OPTIQUE AL HAY~~
~~MARWA LANGHARI~~
~~Opticienne Optométriste~~
~~TEL : 05 22 60 35 98~~

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr BOUZZA MOHAMED
Professeur Agrégé-Chef de service-Ophthalmologie
131205684