

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

ND=39533

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014386

Maladie

Dentaire

Optique

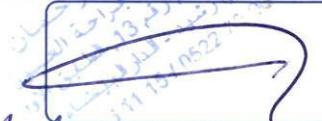
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5471 Société : RAM RETRAITE
 Actif Pensionné(e) Autre : 21/11/1958
Nom & Prénom : Chouineque malak Date de naissance : 21/11/1958
Adresse : HAU AL GOSSE RES AL FAJAR IMAL N°132
Tél. : 0667-92-70-90 Total des frais engagés : 2540 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/08/2020

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection ophtalmologique

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Chouineque

Le : 26/08/2020



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 Actes
26/08/20	CS		25000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	86/08/20	390,00 00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
PTIQUE AAMAMOU é Idriss Abderrahmane Sidi Othmane CASABLANCA	20/08/20					190,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

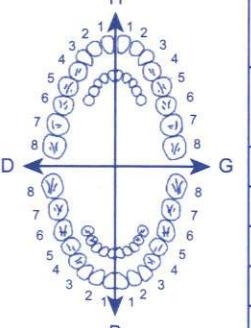
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	
G	



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Laila RAHMANE

Ophtalmologiste

Adulte et Enfant



- Chirurgie de la cataracte
- Strabisme - Glaucome
- Voies Lacrymales - Angiolaser
- Correction Optique

الدكتورة ليلى رحمن

اخصائية طب وجراحة العيون

كبار و صغار

- جراحة الجلاة بالصدى

- المياه الزرقاء - الحول

- المسالك الدمعية - الليزر

- تصحيح النظر

26 août 2020

Casablanca, le

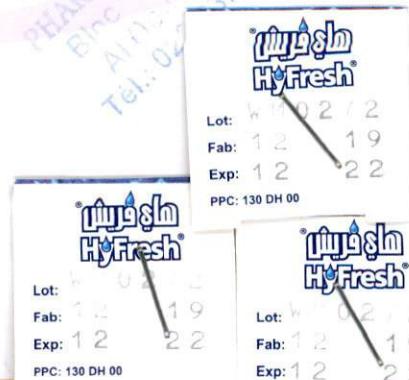
Mme EL FAHIM Khadouj

ABOUD X3

HYFRESH

3 fois par jour, les deux yeux, 3 Mois

9 - 350100 PAB



Lot, Bled EL KHEIR n°13. 1er étage,
Bd. Med BOUZIANE - Casablanca
Tél : 05 22 70 00 07
GSM : 08.08.51.87.57

، رقم 13 ، الطابق الأول،
شارع محمد بوزيان - الدار البيضاء

05 22 70 00 07

الهاتف : 08.08.51.87.57

نظارات اعمامو

OPTIQUE AAMAMOU

19, Mosquée IMMAM
Abderrahmane
Sidi Othmane - Casa
N° de Patente : 37204844
R.C. : 249984



مسجد الإمام عبد الرحمن
رقم 19 سيدى عثمان
الباتنة : 37204844
السجل التجاري : 249984

Nº ٠٠١٦٠٧ CASABLANCA, LE : ٩/٩/٢٠٢٠

Mr. EL FAHIM KHADRI

ICE:	001792396000063	
IF:	49478538	
DOCTEUR	<u>EL FAHIM KHADRI</u>	
Nomenclature N° :	407 408	
OD. 6 ^{gr} CYL - 0.50 SPH - 1W	310, 60	
VL		
OG 440 ^{gr} CYL - 0.10 SPH +1.25	310, 60	
OD CYL ADD SPH +3,00	340, 60	
VP		
OG CYL ADD SPH +3,00	340, 60	
Verres : <u>140 grs. 2 ADD 1.25</u>		
Monture : <u>140 grs.</u>	600, 60	
Face supplémentaire :		
Arrêté la présente facture à la somme de : <u>M. 16.000 Dhs. Cht. dhs.</u>	16000, 00	
OPTIQUE AAMAMOU		
19, Mosquée Imam Abderrahmane Cité Municipale Sidi Othmane CASABLANCA		



- Chirurgie de la cataracte
- Strabisme - Glaucome
- Voies Lacrymales - Angiolaser
- Correction Optique

- جراحة الجلاة بالصدى
- المياه الزرقاء - الحول
- المسالك الدمعية - الليزر
- تصحيح النظر

26 août 2020

Casablanca, le

Mme EL FAHIM Khadouj

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

VL :

OD = - 1.25 (- 0.50 à 65°)

OG = + 1.75 (- 0.50 à 140°)

OPTIQUE AAMAMOU
19, Mosquée Imane Abderrahmane
Cité Mousaoui Sidi Othmane
CASABLANCA

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 3.00

الدكتورة ليلى رهمان
اخصائية طب وجراحة العيون
ج3 مولاي رشيد - الدار البيضاء
العنوان: 13 بول بول
التلفون: 052270007
fax: 0522700015
الهاتف: 0522700007