

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.

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

N° W19-454406

ND: 45632

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7838		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID			
Date de naissance : 27/05/1967			
Adresse : Rue Gascoigne EG1-AFZ-Qu des Hôpitaux-CASA Kamarouchela Royalairmaroc.com			
Tél. : 0661691366	Total des frais engagés : 5159,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Dalila SAIID BENISSI Ophtalmologue 84, Bd My Driss 1er Tel: 05 22 86 06 08 INPE: 051033100	
Date de consultation : 30 SEP. 2020	Age: 53
Nom et prénom du malade : AMAROUCHE KHALID	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Affection oculaire via dérefraction	
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 : 30/09/20

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
<i>30 SEP 2000</i>	<i>CPT</i>	<i>1</i>	<i>250 D</i>	<p>INP : INPE 1001033100 Dr. Dahmane Ophtalmologie 84, Bd My Djedid 1er Tel. 05 22 66 06 06</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/2020	# 4900,-#
51, Angle Bd. St Michel & George Sand.		

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
	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"/>																			
	ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: left;">G</td> </tr> </table>			H	25533412 21433552	D		00000000 00000000				35533411 11433553		B		G	
	H	25533412 21433552																	
	D		00000000 00000000																
			35533411 11433553																
	B		G																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie
Laser - Lentilles de contact
Phacoémulsification - Strabologie
Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة الساد (الجلالة)
بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 30 septembre 2020

Mr. AMAROUCHE Khalid

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL :

OD = + 0.75 (- 0.50 à 33°)

OG = + 0.75

VP :

ODG = Add : + 2.50

EIP 64 mm



Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd. My Driss 1er
Tel. 05 22 86 06 06



FACTURE N° 3 551

DATE: 21/10/2020

NOM: AMAROUCHE Khalid

MEDECIN: Dalila SBAI

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	+0.75	-0.50	33°	2.50
V.L.G	+0.75			2.50
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
Optique	700.00
VERRES	
Progressifs AR Anti-UV	2100.00
Progressifs AR Anti-UV	2100.00
Total TTC:	4 900.00
T.V.A	816.67

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
QUATRE MILLE NEUF CENTS DIRHAMS**