

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.

N° W19-491276

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) (22557)			
Matricule :	7951	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAMRABET AHMED			
Date de naissance : 01/04/1966			
Adresse : ANDALOUS 1 RUE 3 N° 54 CAMBLANCA			
Tél. :	0679982679	Total des frais engagés :	2600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. Mohammed Ophthalmologiste 544, boulevard panoramique californie, casablanca, maroc Tél.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20 05 22 22 78 18 / 00 - 05 22 0 15 15 Fax: 05 22 86 46 21		
Date de consultation :	10/02/2020		
Nom et prénom du malade :	LAMRABET YARMINA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Asthma		
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 : **RAM**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28/02/2020**

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
10/11/2022	CS		200,-	INP : 5103801101
				Cabinet d'Ophtalmologie Yard Panoramique, Salanca, matoc 05 22 50 15 15 05 18 / 19 / 20 46 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	
LUNETTI Mohamed Opticien 100 Bloc E 11115-Canada T6Z 2Z9	Edouard					2400 DH

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 H			
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 35533411	B 11433553	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[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

D.E.S D'OPHTHALMOLOGIE
 (Maladies et Chirurgie des yeux)
 Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER
 du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie
 de la fondation Rothschild-département
 d'Oculo-plastie
 Ancien Médecin de la Banque Francaise des Yeux

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
 طريح كلية باريس
 داخلي سابق ببريطانيا و بالمركز الفرنسي للعيون
 15-20 و بمؤسسة جراحة العيون
 روتشيلد بباريس
 طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون
 كبير تصحيح البصر بالليرك

10/02/2025

M-LAMRABET YASMINE

$$\alpha = +6(-96-10)$$

$$g = \text{Plan}$$

$$g = \text{Plan}$$

$$g = +7(-2,2-5)$$



نظارات الحياة

LUNETTES DE LA VIE

Bloc (EF) Souk Koria N° 116
 Casablanca
 Tél. : 0522 80 87 96 / 80 02 81
 R.C. : 247708 - I.F. : 45519260
 ICE : 000885021000189

FACTURE
 N° 001988

سوق القرعية بلوك اف رقم 116
 الهاتف: 0522 80 87 96 / 80 02 81
 البيضاء
 R.C. : 247708 - I.F. : 45519260
 ICE : 000885021000189

Casablanca, le : 20/02/2020

M LAMRABET Yasmine

Doit

Docteur Mohammed chahbi

Nomenclature N° 142

OD : cyl sph +6 (-0,5 -10)	450	,00
----------------------------	-----	-----

OG : cyl sph Plan	300	,00
-------------------	-----	-----

VP OD : cyl sph Plan	300	,00
----------------------	-----	-----

OG : cyl sph +7,5 (-0,75 -5)	450	,00
------------------------------	-----	-----

L Verres : organiques Trecht

Montures : optique	900	,00
--------------------	-----	-----

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Deux mille quatre cents DH	2400	,00
----------------------------	------	-----

نظارات الحياة
 LUNETTES DE LA VIE
 Mohamed ROKNEDDINE
 Opticien Optométriste
 Souk Koria Bloc (EF) N°115 - Casablanca
 Tél: 05 22 80 02 81

OG

90