

# 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> <b>22785</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> A
Matricule : <b>10344</b>	Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>Boufaikri Mohamed</b>		
Date de naissance : <b>01/01/1968</b>		
Adresse : <b>habituelle</b>		
Tél. : <b>0522499002</b>	Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation : <b>15/02/2021</b>		
Nom et prénom du malade : <b>Boufaikri Mohamed</b>		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan		
Nature de la maladie : <b>CS opHTalmo</b>		
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'adjudicataire et à l'agent de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **ACCUEIL RAM** Le : **25 FEB. 2021**

Signature de l'adhérent(e) : **Boufaikri Mohamed**

## VOLET ADHERENT

### Déclaration de maladie

N° W19-506533

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## 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
17/02/2010	C5		300,00 115	INP : 0911929917 Dr. Mounir DAHREDJINE Ophthalmologiste Maladies et Chirurgie des Yeux 416, Avenue Boulevard Abdelloumen Casablanca Tel. 052 77 11 10

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	2020 02 2020					

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

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	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## Docteur Mounir DAHREDDINE

Diplômé de la faculté de médecine Paris 7 Diderot  
Ancien assistant spécialiste des Hôpitaux de Paris  
DU Pathologies et Chirurgie Rétino-Vitréenne  
DU Imagerie et Pathologies Rétiniennes  
DU Chirurgie Réfractive et Phaco-émulsification  
DU Pathologies et Chirurgie Orbito-Palpébrale et Lacrymales

OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et chirurgie des yeux  
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification, Chirurgie de la rétine, Laser argon, laser yag, Angiographie

le samedi 15 février 2020

### Monsieur Mohamed BOUFAKRI

Port constant

Verres Organiques

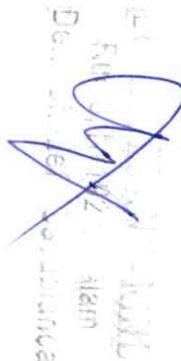
Verres Traités Anti-Reflets

- Une Monture :

- Verres PROGRESSIFS :

OEIL DROIT : +1,50 (-0,25 à 10°) Add 2,25

OEIL GAUCHE : +2,25 Add 2,25



Dr. Mounir DAHREDDINE  
Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Boulevard Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 05 22 23 66 25 - 06 72 62 77 39 - Email : dahrmounir70@hotmail.fr

# LUNETTES ANNAKHIL

N° 02118

# نظارات النخيل

DATE : 24-2-2020

NOM : BouFAKRI

PRENOM : MOHAMED

- DOCTEUR : DAKKAK MOHAMED

- NOMENCLATURE : N°

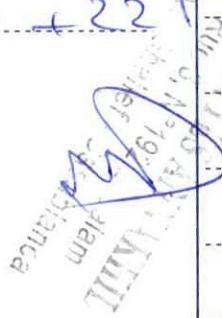
PRIX

OD : AXE 10 CYL -0.2 SPH +1.5 = 600.00

VL

OG : AXE - CYL - SPH +2.2 = 400.00

Add : { OD : } + 2.2  
OG :



Verres 200.00 soit 400.00

Monture 80.00

Facture Arrêtée à la somme de :

400.00

= 400.00

رقم 192، زنقة 3 السلام - الدار البيضاء - الباتن : 34721616

N° 192 - Rue 3 Essalam - Casablanca

Patente : 34721616 - I.F. : 40150760 - Ice : 001845860000089