

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-495462

(N° = 24 927)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5960		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAIKI ABDELAZIZ			
Date de naissance : 11/02/1962			
Adresse : 34, Rue 17 Sidi El Aïcha (1) Soufia			
Tél. : 06 67 01 52 73	Total des frais engagés : 3850 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 26/02/2020			
Nom et prénom du malade : FAIKI ABDELAZIZ Age: 58			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 ACCUEIL SIEGE RAM Le 02 / 03 / 20

Signature de l'adhérent(e) :



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
16/12/2022	Cn	-	200	INB 100 PHTALMON 14 II, Rue 62 n° 14 Hay Hassani - Casablanca Tél : 05 22 89 88 22

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
AL FIRDAOUSS 02 Bd Abdellatif Casablanca SM : 06 48724173	09/03/2015	optique			245000
	29/03/2015				

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.																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CŒFFICIENT 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. PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	28533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
	H	G																															
	28533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D	B																															
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																													
				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																																	

Docteur Abdellatif ZIOUTI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux



Strabologie - Lentille de Contact - Laser - Angiographie
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Ferrara II, Rue 62 N° 1, 1^{er} Etage
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 89 88 22

Casablanca, le : 26/12/2020
الدار البيضاء، في

الدكتور عبد اللطيف زيوتي
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون (الجلالة)

طب العين - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافيا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
فرارة II، زنقة 62 رقم 1، الطابق الأول
العي الحسني - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 89 88 22

Fai Li Abdellatif
Vens de l'opticien

VL D (70-1,5)+0,75

R (110-1)+0,5

VP ac1cl+2,50 dh

Abdellatif ZIOUTI
OPHTHALMOLOGISTE
1^{er} étage
Rue 62 n° 1, Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 89 88 22

AL FIDA OPTIQUE VISION
202 Bd Abdemoumen ROC N° 5
Casablanca
GSM : 06 48724173

معتمد لتسليم شهادة السياقة
Agrée Pour Délivrer Certificat de Conduire

ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

FACTURE

FACTURE N° : **143/2020**

CLIENT : **FAIKI ABDELAZIZ**

DATE FACTURE : **02/03/2020**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : 1 perlo	350,00 DH
Verres : OG1 progressif xtra gris indo	1 050,00 DH
OD1 progressif xtra gris indo	1 050,00 DH
Nomenclatures : OD : +0.75 (-1.50 à 70°) , Add = +2.50 ,Prisme = +0.00 OG : +0.50 (-1.00 à 110°) , Add = +2.50 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

DEUX MILLE QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

PAYE PAR CHEQUE

Total TTC : **2 450,00 DH**

Total HT : **2 041,67 DH**

TVA 20% : **408,33 DH**

Frais de Timbres : **0,00 DH**

Montant Total Payé : **2 450,00 DH**

Code INPE



123456789

428231

34700825

ICE 00223025300090