

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## ptique :

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 canalaire, 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 canalaire.

## aladie 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

58080  
0546

58080

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0022774

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12160

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSAD ABDELILAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660385352

Total des frais engagés : 12000 Dhs Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور حشمت محمد حشمت  
Dr. CHEMIL Mohamed Hicham  
اختصاصي في الجراحة ومحضنة المرض  
طبيب مختص في الجراحة ومحضنة المرض  
114 شارع مختار بن الحسين الدار البيضاء المغربية  
سيدي الميرنوصي الدار البيضاء المغربية

Date de consultation : 10.2.2020

Nom et prénom du malade : ASSAD ABDELILAH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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

Le : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

01/FFK  
MUPRAS  
ACCUEIL SIEGE RAM  
ASSAD ABDELILAH

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES TRADITIONNELLES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

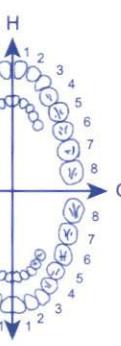
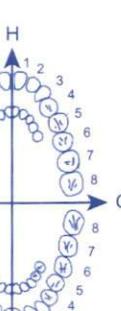
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	le 18/12/2022	2	1	0	0	2502,00	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# OPTIQUE BAGHDAD

## BENNAOUI Abdeslam

Opticien - Optométriste

Rue de Chaussée Al Qods Gr Albaida

N° 365 Didi bernoussi - Casablanca

Tel : 05 22 74 60 49

Casablanca , Le 18/12/2020

N° 0000699



095021804

Dr

CHANI Mohamed  
Hicham

M

ABDAD

ABDELFILAH

### VISION DE PRÈS

OD : Sph ..... Cyl .....

OG : Sph ..... Cyl .....

### VISION DE LOIN

OD : Sph -1,75 D Cyl (0,80<sup>o</sup>)

OG : Sph -2,00 D Cyl (0,25<sup>o</sup>)

Quantité	Désignation	Prix
1	Monture : Aletite	Monture : 1000,00
2	Verre : 100% CR-39 A 1,67 Index UV	Verre : 1800,00

Montant ( en lettres )

Dix mille cent et cat  
Dirhams  
Tunisie

Total 2800,00

Cachet Signature

chirurgie réfractive  
chirurgie de la cataracte  
imagerie et pathologies rétiniennes

جراحة تصحيح البصر  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
تصوير وأمراض الشبكية

للتاجر تاريخته الشخصي  
وقد اذن لي بذلك  
عليك اذن بذلك  
للتاجر تاريخته الشخصي

141 142 143

Mr ABBAS ABDELILAH

نوع العدسة : عدسة ANNEIS AIR  
نوع العدسة : عدسة ANNEIS  
Anti BLU ANNEIS

OD: -1.50 (-0.50 0°)

OG: -2.00 (-0.25 35°)

