

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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° W21-633096

80135

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8644		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Hammoudine Lahcen			
Date de naissance : 25/05/71			
Adresse : Hay Cheïra Résidence Riad onana 1000 231 Air choke Casablanca			
Tél. : 0659791684		Total des frais engagés : 29 59,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/07/2021 Nom et prénom du malade : Hammoudine Lahcen Age: 50 ANS Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Affection oculaire 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/07/2021

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
202 07 2021	CS	300	INP : 091015453	DR. HAKIM Amal Optométriste 73981503

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tel: 05 22 52 73 98 15 03	Montant de la Facture
PHARMACIE CHIRIA - PHARMACIE DOCTEUR HASSAN	27/2/2021	159,02	INP : 091015453

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

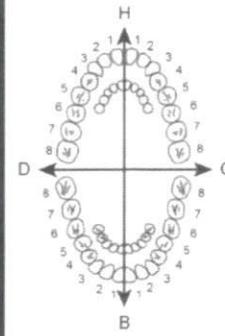
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	INP : 091015453
OPTIQUE - OPTOMETRIE	19/07/2021	2500	INP : 091015453

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.

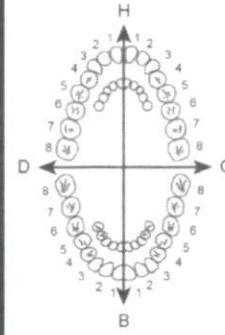
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[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



- Diplôme **Contactologie** à l'université de Bordeaux
- Diplôme **Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification** Université de Besançon
- Diplôme **Oeil et Médecine Interne** Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme **Imagerie et Pathologie Rétinienne** Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme **OCT en Ophtalmologie** à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج
فوق الصوتية

خطبطة الشبكية الوعائي
الليزر - المول

تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاستقمة

Casablanca, Le **02 juillet 2021**

Mr. HAMIDDINE Lahcen

1/ XILOIAL ZERO COLLYRE

1 goutte x 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Dr. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd. Al Qods N°7 Casablanca
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

10001823017600027

KADER OPTIQUE

404,Av.Abdellah Senhagi
IDRISSIA 1 -Casablanca
Tél: 05 22 28 70 73
Fax: 05 22 80 18 36

Patente: 33664052
CNSS: 2361145
R.C.: 20 47 88

Qrdonnance du docteur

FACTURE 0005882

Le..... 12/07/2021

Ms. Hemidcline LaBrecce

Raksha Anand

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O. D. <u>2.25</u> (c, 0,6 à 7) O. G. <u>3.00</u> (c, 0 à 80) Prés { O. D. = <u>1.75</u> O. G. = <u>1.75</u>	D. F. { O. D. = O. G. =
--	--	-------------------------------------

La présente facture arrêtée à la somme DH

TOTAL

2500, 00

Deux mille cinq cent
dirhams

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404 AV. Abdellah Senhaji Drissia 11
Tél: 0522 28 70 70 - Fax: 0522 88 18 36
Casablanca



- Diplôme **Contactologie** à l'université de Bordeaux
- Diplôme **Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification** Université de Besançon
- Diplôme **Oeil et Médecine Interne** Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme **Imagerie et Pathologie Rétinienne** Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme **OCT en Ophtalmologie** à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج

فوق الصوتية

قطبيط الشبكية الوعائي

الليزر - المحو

تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le 02 juillet 2021

Mr. HAMIDDINE Lahcen

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques

VL : OD = + 2.25 (- 0.25 à 75°)

OG = + 3.00 (- 0.50 à 80°)

VP : ODG = Add : + 1.75

