

# 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.

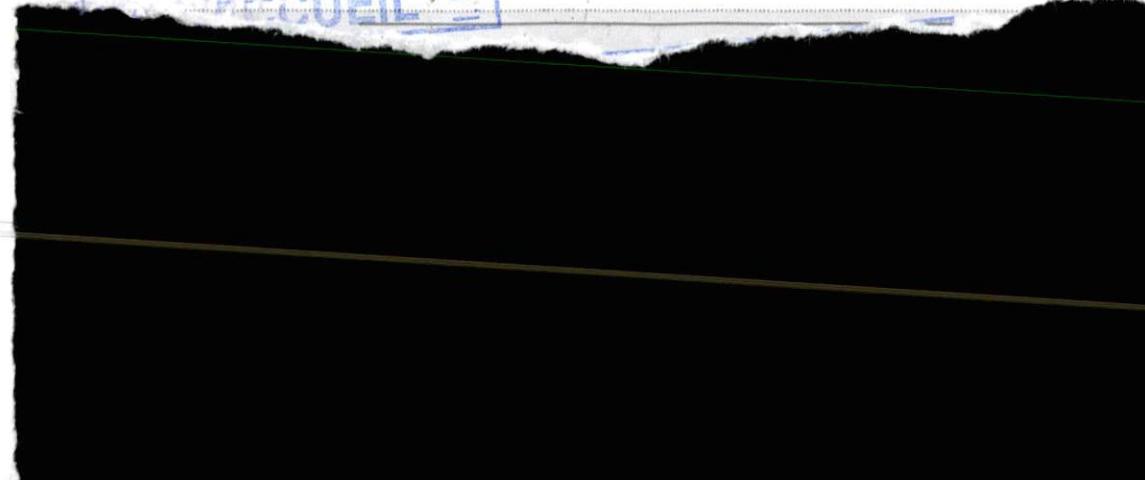
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-629606

83A67

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>07863</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <b>MOUGHAMIN HASSAN</b>			
Date de naissance : <b>03/04/67</b>			
Adresse : <b>86 LOT FLORIDA SIDI MAAROUF CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0666828852</b> Total des frais engagés : <b>3250 Dhs</b>			

Cachet du médecin :  	Cadre réservé au Médecin		
	<b>DR SIHAM NAJID</b> Optometriste Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr Rond Point Almostakber Bd. Nada A 3ème Etage Tel: 05 22 20 45 45 Casablanca		
Date de consultation : <b>05/08/2021</b>	Nom et prénom du malade : <b>MOUGHAMIN HASSAN</b>		
Lien de parenté : <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>affection oculaire</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'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 : <b>ACCUEIL</b>			
Signature de l'adhérent(e) : <b>MOUGHAMIN HASSAN</b>			

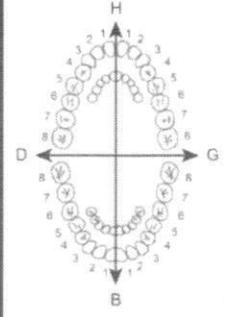
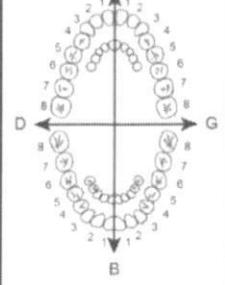
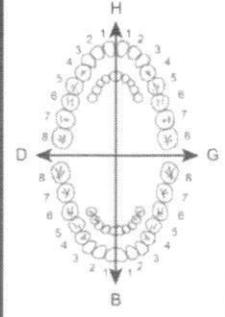
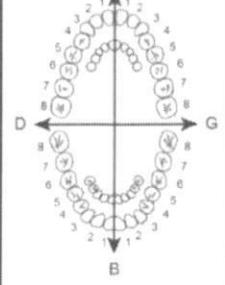
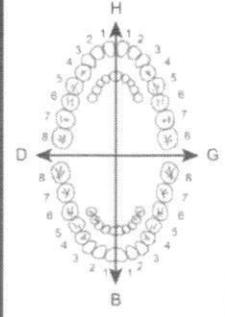
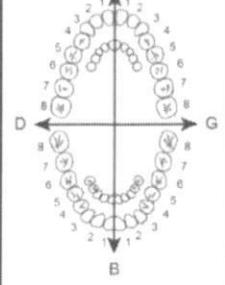
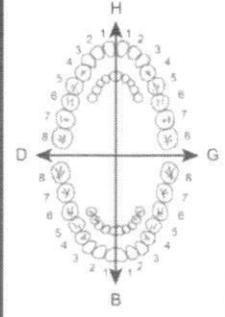
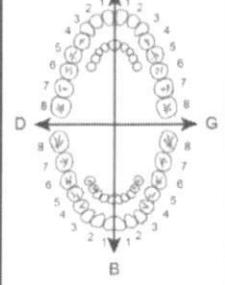
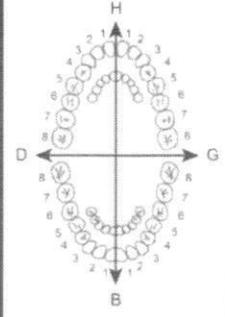


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
05/07/21 G		260	Dr. SIDI MOUSTAKHLA Radiologie et Prostéthique Rue Sidi Maarrowi, Casablanca Tél: 05 22 18 78 07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
LUNETTE ISLAM 148, Rue des Anglais Casablanca	16/08/21				3000
LUNETTE ISLAM					

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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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			



## نظام اسلام

## LUNETTES ISLAM

Angela Elmi JADIDA  
Casablanca

## Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE: 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0016613

Casablanca.le

16.08.2021

M. HASSAN MOULANA MIR Doit

Nature des Verres	Vision de Loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
<i>Ordinaire</i> <i>A 9</i>	OD ..... OG /	OD ..... OG /	OD ..... OG /	OD 4.99 OG 4.99
Monture	Métal	Plastique		
V.L : -OD	(30 + 10 + 10) + 175			800.-
-OG	+ 1.50			1100.-
V.P. : -OD				1100.-
-OG				1100.-
ADD/	1.75			
TOTAL				3000.-

Arrêtée la presnte facture à la somme de

# Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact

# الدكتورة نجید سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة



Madame Hassnae MOUGHAMIR  
Casablanca, le jeudi 05 août 2021

Verres et monture pour vision de loin et de près :

Œil droit : (30° -0.50) +1.75, Addition +1.75

Œil gauche : +1.50, Addition +1.75

Verres avec antireflets

Verres avec filtre bleu

En verres progressifs

Siham NAJID

Dr Siham NAJID  
Ophtalmologue  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
El Kadiri, Rés NADA 'A 3ème étg en face  
Rond Point Almostakbal Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 05 22 78 78 07

LUNETTE ISLAM  
148, Rue des Anglis  
Casablanca

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A 3ème étg en face Rond point al  
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس،شارع أبو بكر القادرى ، إقامة ندى "A" الطابق  
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء