

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.

N° W21-681838

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>13181</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>El Aloui Benchad</u>		
Date de naissance : <u>11/11/1994</u>		
Adresse :		
Tél. : <u>06 58 36 72 26</u> Total des frais engagés : <u>2500,00</u> Dhs		

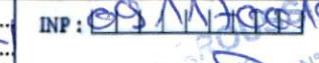
<p>Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019</p> <p>Cachet du médecin</p> <p><i>DR. ALAOUI BENCHAD</i> <i>Ophtalmologue</i> <i>119 Bd Abdellah Ben Abdellah - 6^e étage N° 17</i> <i>Casablanca - Tél./Fax : 05 22 47 16 78</i> <i>E-mail : cabinet.aloui@gmail.com</i></p>	<p>Date de consultation : <u>10/05/2022</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>El Aloui Benchad Niger</u> Age : <u>28</u></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>Consultation ophtalmique</u></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>
--	--

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 :

Signature de l'adhérent(e) : El Aloui Benchad

Le : 23/05/2022

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
11/15/2002	C.I.S	1	3000 DT	INP : 091111111111111111  

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
IR PTIC 12/05/2010 Faleh 5 MM 156 Atlas Mag N° 2277/894 000 003	23/05/2012				22000

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 de l'ODF.																					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		
	H	G																			
	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
	<hr/>																				
	D	G																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
	<hr/>																				
B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
CCEFFICIENT 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																					



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme -Glaucome - Voies lacrymales
- Echographie - Angiographie - Laser
- Correction optique (LASIK)
- Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire

- جراحة الجلاة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المصادبة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لاي Zuk
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لرخصة السياقة

Date : 14/05/2022

Nom/Prénom : EL ALAOUI BENCHAD NIZAR

**Vision loin (Anti reflet) + anti bleu
Monture**

 IR OPTIQUE
Tél : 05.20.60.20.20
Lot Hadj Fateh, 5 IMM 156, Kissariat Anas Mag N°3
Casablanca
CT : 002 277 894 000 003

OD : -0.75 (-1.25 à 168°)

OG : -0.50 (-1.25 à 178°)

Dr. Laila LAAROUSSI
Ophtalmologue

119, Bd. Abdelmoumen 1er étage N° 7
Casablanca - Tél./Fax: 05 22 47 16 78
E-mail : cablaaroussi@gmail.com



Facture

Client : AL ALAOUI BENCHAD NIZAR Date Facture : 23/05/2022
 N° Facture: 53/2022

Type	Désignation	Prix	Quantité	Montant (TTC)
Montures	DEXTER DX C12 49/21-140 C2	700,00	1	700,00
Verres	MONOFOCAL Sphérique 1.61 65 Organique Blanc Anti-reflet	750,00	1	750,00
Verres	MONOFOCAL Sphérique 1.61 65 Organique Blanc Anti-reflet	750,00	1	750,00

Arrêt de la présente facture à la somme de :
 Deux Mille Deux Cent Dirhams, 00 Cts

Dont Montant TVA: 366,67 Dh

Total (TTC): 2 200,00 Dh

Mode de règlement:

AIR OPTIQUE
 jet. 05.20.20.20.
 Lot Hadj Fateh, 5 IMM 156 Kissariat Anas Mag N°3
 ICE: 002 277 894 000 003