

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-627122

118420

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8969	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DR FATHI ALLAOUI MY AHMED			
Date de naissance : 26.09.72			
Adresse : 125 médina, Dr A, n° 14, Sidi 1 à côté			
Tél. : 066 26 76 29	Total des frais engagés : 2820,00	Dhs	

Autorisation CNPD (n° : A-A-215/3019)	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation : 22.06.2022	Nom et prénom du malade : DR FATHI ALLAOUI MY AHMED		Age : 42
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Vire de			
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 : Le : 13/03/2022
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
23/02/2024	6.1		30000	INP : 09183710 DRK EL OPTIT ALI H0105

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
SCALE OPTICAL Opticien Optométriste Diar EL Andalous III RDC GH 4F Imme. TN 6 Bouskoura Casablanca Tél.: 05 22 10 22 23	3/3/22					220,-DH	

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



SCALE OPTICAL

Opticien Optométriste

Diar El Andalouss III RDC
GH 4B Imm 1 N° 6 Bouskoura - Casa

Tél : 05 22 10 22 23 - GSM : 06 80 06 85 97
RC : 447610 - ITP : 32902347 - IF : 48529758
ICE : 002732853000093

FACTURE
N° 000041

DAT : 31/03/2022

MONTURE (Mme) : EL FATHI LAZAOUI LINA

MONTURE : OPTIQUE

1000.00 Dh

VERRES : ORMA 1.56 BLUE

600.00 Dh

VL: OD : (165 - 1) +1.00

600.00 Dh

OG : (125 - 0.75) +0.75

VP: OD.ADD :

OG.ADD :

Arrêté la présente facture à la somme de :

Dix mille deux

cent DR

SCALE OPTICAL
Opticien Optométriste
Diar El Andalouss III RDC GH 4B
Imm. 1 N° 6 Bouskoura - Casablanca
Tél.: 05 22 10 22 23

2200.00 Dh

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréat de la Faculté de Médecine de
Montpellier (France)
Spécialiste en Ophtalmologie
Angiographie - Laser



الدكتورة العلي بن هاشم بهيجة
خريجة كلية الطب بمونبليي (فرنسا)
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أشعة لازير

Casablanca, le

2 - 3 - ٢٠٢٢
اليضاعف

J'ELFATHI LALAOUJI
L'Alg

Amour

$$\text{Op} = (165^\circ - 1) + 1$$

$$\text{Og} = (175^\circ - 0.75) + 0.75$$

SCALE OPTICAL
Opticien Optométriste
Diar El Andalous III RDC GH 4B
Imm. 1 N° 6 Bouskoura - Casablanca
Tel: 05 22 10 22 23

DR EL ALAOUI Bahja
OPTICALMOLOCURE
105 Bd. Afghanistan
Hay Hassani
05 22 93 34 66