

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 canaux, 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 canaux.

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.



119924
Déclaration de Maladie : N° S19-0002934

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12390 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN RHOMMAN ODIL Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0662765874 Total des frais engagés : #1720# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/06/2022

Nom et prénom du malade : Ben Rhomman Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Correction optique

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 : OSA Le : 22/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

RELEVÉ 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
01/06/22	G		300 DH	Dr. Lahcen ZAFAL Ophthamologue 532 Bd Panoramique Casablanca Tél : 05 22 77 40 43 (LC) Fax : 05 22 45 00 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/2022	210,00
	01/06/2022	210,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

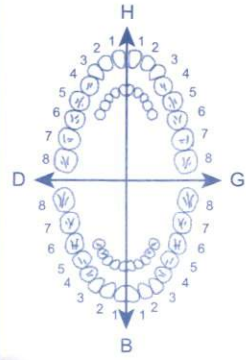
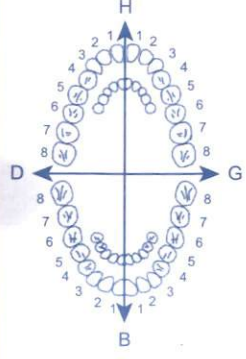
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21-06-2022					1000,00 DH

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

الدكتور احسن زفاض

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

01 juin 2022

Mr. BEN RHANNOU Adil

1/ CROSS UNIDOSE

1 goutte 4 fois par jour pendant 2mois, dans les deux yeux

2x10500
= 21000

صيدلية موروخ
Pharmacie MURDOCH
LAHLOU Ilham EP EL ALI
Pharmacienne
17, Rue du Parc Casablanca
Tél: 05 22 20 06 54

صيدلية موروخ
Pharmacie MURDOCH
LAHLOU Ilham EP EL ALI
Pharmacienne
17, Rue du Parc Casablanca
Tél: 05 22 20 06 54

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01



Docteur Lahcen ZAFAD

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

الدكتور لحسن زفاف

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

01 juin 2022

Mr. BEN RHANNOU Adil

Monture + verres correcteurs
Organiques Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.25

OG = + 0.25

PHENIX OPTIQUE S.A.R.L
26, Rue Ibnou Khalikane,
Résidence Palmiers - Casablanca
ICE : 001897514000097
Tél : 0563 16 32 90

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophthalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01

Phénix Optique

Opticien - Optométriste

FACTURE

N : 0000106502446856141546463

Casa le 21/06/2022

NOM PRENOM : BEN RHANNOU ADIL

DR LAHCEN ZAFAD

VISION DE LOIN

OD : +0.25

OG : +0.25

OD VERRE ORGANIQUE ANTI REFLETS : 500 DH

OG VERRE ORGANIQUE ANTI REFLETS : 500 DH

MONTURE : CLIENT

TOTAL : 1000 DH

MILLE DIRHAMS

MODE DE PAIEMENT : ESPECE

PHENIX OPTIQUE S.A.R.L.
26, Rue Ibnou Khalikan, Palmier,
Résidence Palmiers - Casablanca
ICE : 001897514000097
Tél : 05 22 23 26 41

Signature