

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 081220

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1468 Société : (RAM) RETIRE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mounane AMINA

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : HA, E PAKHZA SM 70 N°2 HA, ELMOHAMADI

Tél. : 0661109638 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/09/22

Nom et prénom du malade : Mounane Amina Age :

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

Nature de la maladie : Cornée ophtalme + Glaucome

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 : 21/09/2022 Le : 21/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
19 09 22	CMS		G	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19 09 22	684,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

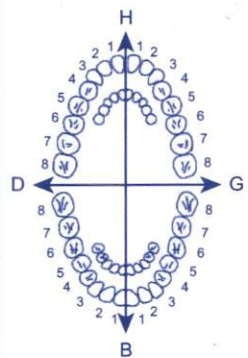
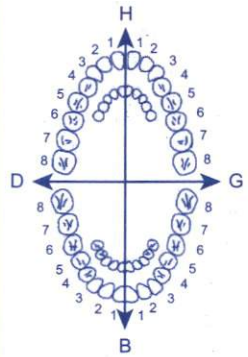
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/09/2022					3100,00

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

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايذك

19/09/2022

Casablanca, le :

Amina

1261223 MOURJANE

- COSOPT COLLYRE fl N 3

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux, pdt 3 mois

1261223 - LATANO (Latanoprost)COLLYRE à 0,005% fl N 3

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux, pdt 3 mois

684.6

PHARMACIE AL KHOTAMI
Docteur Adil WAHIDY
Bd. Oukba Aoulia 1, Hay Mohammadi
Casablanca - Tél: 05 22 86 14 18 / 05 22 86 14 18
Vendredi

DR. ADIL WAHIDY
OPHTALMOLOGUE
N° 1261223
Tél: 05 22 86 14 18

E14218C00

LOT U037807 1
EXP 10 2023
PPV 126.10 DH

E14218C00

LOT U037807 2
EXP 10 2023
PPV 126.10 DH

LOT W014617 1
EXP 12 2023
PPV 126.10 DH

LATANO JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.V : 102 DH 10

LATANO JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 40

LATANO JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10



Ophtalmologiste

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- Chirurgie de la cataracte (phako)

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

- تصحيح البصر لايك

19/09/2022

Casablanca, le :

MOURJANE

Amina

PROGRESSIFS Organiques PHOTOCHROMIQUES

Oeil Droit : $(90^\circ -1,00) + 1,00$, Addition + 2,50

Oeil Gauche : $(86^\circ -1,25) + 1,25$, Addition + 2,50

Optique Ouhoud
4, Rue D'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid-Tel : 05 22 32 87 19

Dr. WAHIDY
Ophtalmologiste
N°111 Avenue Hassan II
20100 Casablanca

Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المومن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الطرامواي عبد المومن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

FACTURE

Date

21/09/2022

CLIENT :

MOURJANE Amina

Numéro

45

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
PRES:			
MONTURE	OPTIQUE	1	900,00
VD			
VG			
PRES:			
MONTURE	Progresif Transition AR	1	1100,00
VD			
VG			
	CORRECTION VISUELLE: $-A_{vis} = 5$	1	1100,00
	LOIN:		
	OD: $(90 - 1,00) + 1,00$		
	OG: $(86 - 1,25) + 1,25$		
	PRES: $+2,50$		
	ADD / ODG:		
		3	200,00
	Taux TVA:		20%
	Montant TVA		
	Total TTC:		3200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Trois-mille-Cents
deux

Signé

Optique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue D'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid-Tel: 0522 32 87 19

4, Rue ealger mosquée ouhoud -Berrechid-

Tél: 06 68 67 35 28 - Email: youssefpoorChotrmail.com

Code INPE:105011324-ICE:001714066000082-Patente:40705677-1F:40267294

TP:000000-RC:15906-N'Autorisation SGG:2539

Optique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue D'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid-Tel: 0522 32 87 19
Youssef