

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 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

Moussa

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10098** Société : **R A M**
 Actif Pensionné(e) Autre : **M 1946**
 Nom & Prénom : **Id ASSIM M. Brauied**
 Date de naissance : **01-01-1946**
 Adresse : **APTE 4 - Résidence Hassan II - 7 AL AL JADIDA - SALÉ**
 Tél. : **067 92 71138** Total des frais engagés : **.....Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Docteur Amina SOURASSI
 Ophtalmologue
 Résidence Marwa 4, Av. Bourgogne
 Sala Al Jadida - Tél: 05 22 52 52 00

Cachet du médecin : **11/10/21**

Date de consultation : **11/10/21**

Nom et prénom du malade : **Id ASSIM M. Brauied** Age : **75 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Antiphysique + presbytie**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **.....**

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 : **.....**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/11/2022 | C | | 200.00 | <p>Dr Amina BOURASSI Ophtalmologiste Résidence Marwa 4, Av. Bouregreg Sala Al Jadida - Tel: 05 37 53 58 09</p> |

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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| DR Amina BOURASSI OPTOMETRISTE Résidence Marwa 4, Av. Bouregreg Sala Al Jadida - Tel: 05 37 53 58 09 | 2022 | 2 | | | | 13000.00 |

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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H | 25533412 | 21433552 | MONTANTS DES SOINS |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | B | 00000000 | 00000000 | |
| | G | 35533411 | 11433553 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

Dr Amina BOURASSI

Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Rabat

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie du glaucome

Strabisme

Angio – laser



الدكتورة آمنة بوراسي

أخصائية في طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

جراحة المياه البيضاء

جراحة المياه الزرقاء

الحول

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

Sala Al Jadida le : 15/11/2022

MR. KASSIA A' ISMAE D

1) Vers de correcte astigmate + astix

→ Vision de loin

OD (-1,5 -140°) + 3,75

OS (-1,5 -80°) + 2,75

→ Vision de près bras

OD Cr. + 3,50

Docteur Amina BOURASSI
Résidence Marwa 4, Av. Bouregreg
Sala Al Jadida - Tel: 05 37 53 58 09

REGARD ET VUE
OPTICIENNE - OPHTALMOSCOPE
N° 16, RDC, ~~16~~ ROMANA GARDEN
IMM J, LOT. 60 SALA AL JADIDA
TEL: 05 37 53 60 35

Appt 1, porte « L », 1^{er} étage, Résidence Marwa 4,
Av. Bouregreg, Sala Al Jadida (près de la conservation foncière)
Tél. : 05 37 53 58 09

REGARD ET VUE

N° 16, RDC, Res Romana Garden, Imm J,
lot 30 sala jadida, sale
Tél: 0537536035

M. M'HAMED KASSIM

FACTURE N° : F22/0498

Date : 22/11/2022

| Désignation | Qté | Prix unit. | Valeur | TVA |
|---------------------|----------|------------|----------------|------|
| OD VERRE PROGRESSIF | 1 | 1100.00 | 1100.00 | 20.0 |
| OG VERRE PROGRESSIF | 1 | 1100.00 | 1100.00 | 20.0 |
| MONTURE OPTIQUE | 1 | 800.00 | 800.00 | 20.0 |
| Total | 3 | | 3000.00 | |

| Total H.T. | Total TVA | Total T.T.C. | Acompte | A PAYER |
|------------|-----------|--------------|---------|---------|
| 2500.00 | 500.00 | 3000.00 | 3000.00 | 0.00 Dh |

total payé (en espèces) : trois Mille Dirhams

REGARD ET VUE
OPTICIENNE OPTOMETRISTE
N° 16, RDC, RES. ROMANA GARDEN
IMM J, LOT. 30 SALA AL JADIDA
TEL : 05 37 53 60 35