

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0022371

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5581

Société : RAM

144996

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SENHATI ABDELLATIF

Date de naissance : 23-12-1957

Adresse : Roudiate lot AL BOUSTANE 577 C3 n°15
Nassrakh

Tél. : 0644714477

Total des frais engagés : 950,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SAI ABDELKRIM
Médecin Ophtalmologiste
Bd. Med V Résidence Le Guéliz Imm. B
2^e Etage - Appt. 10 - Marrakech
Tél/Fax : 05 24 42 00 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/22

Nom et prénom du malade : SENHATI OUADIA ABDELLATIF Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : Myopie et hypermetropie

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 : Marrakech

Le : 02/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
01/11/22	Ortho			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

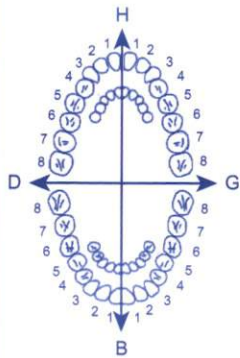
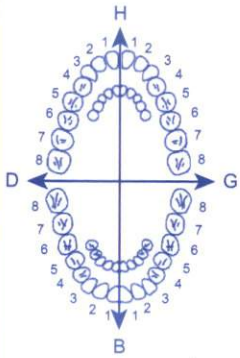
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	09/11/22					6000 H

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																
			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

Docteur SAI Abdelkrim

Ancien Attaché à l'Hôpital 20 Aout de Casablanca
Ancien Chef service Hopital el Antaki de Marrakech
Membre de la société française d'Ophtalmologie

- Spécialiste des Maladies et chirurgie des yeux
- Chirurgie de cataracte par phacoemulsification
- Strabisme - Lazer - Retine
- Angiographie - Contactologie



الدكتور عبد الكريم ساعي

- ملحق سابق بقسم طب وجراحة العيون
- مستشفى 20 غشت الدار البيضاء
- رئيس سابق لقسم طب وجراحة العيون
- بمستشفى الأنطاكي مراكش
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
- اختصاصي في طب وجراحة العيون
- جراحة الجلالة بالصدى الصوتي
- الحول - الليزر - أمراض شبكة العين
- الفحص بالصدى الصوتي
- تصوير أوعية شبكة العين
- تصحيح النظر بالعدسات الاصقة

Marrakech, le : 02/12/22 : مراكش، في

SENKATI OUADIE ABDELLATIF

Le double foyers
vieux opt = +6
Ocu = +4,75 (H0,80 à 30°)
après optol Add = +2
vptuérin anti-reflectant
champs de vue + 2

GUELIZ OPTIC
Opticien Optométriste
Mag N°8 - 1 Imm. 3 Rue Roda
Guéliz Marrakech
Tél : 05 24 44 96 66

Dr. SAI ABDELKIM
Médecin Ophtalmologiste
Bd. Med V Résidence le Guéliz Imm. B
2° Etage - Appt. 10 - Marrakech
Tel/Fax : 05 24 42 00 06

شارع محمد الخامس عمارة جليز «ب» الطابق الثاني شقة رقم 10 (أمام ثانوية فيكتور هيوغو)
Bd. Med V Résidence le Guéliz B 2ème Etage App n° 10 (en face du Lycée Victor Hugo) - Marrakech
Tél. /Fax : 05 24 42 00 06 - GSM : 06 61 33 12 87 - E-mail : sai-abdelkrim@hotmail.fr

Guéliz Optic

OPTICEN OPTOMETRISTE

Rue Roda Imm Nakhil 3, Guéliz
Marrakech
Téléphone: 0524449866

RC:55831 / TP N°:45399088
IF:06527645
ICE:001650355000081
INPE:075009019

FACTURE

DATE : 09-déc-22
FACTURE N° :2022/ 04821
POUR :

SENHAJI OUADIE ABDELLATIF

DESCRIPTION	MONTANT
MONTURE OPTIQUE	
VERRES ORGANIQUES ANTIREFLETS AMINCIS	
OD: +6.00	300.00
OG: +4.75 (+0.50 à 30°)	300.00
Add: +2.00	
	600.00
TOTAL	

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
SIX CENTS DHS

MERCI POUR VOTRE CONFIANCE

GUELIZ OPTIC
Opticien-Optométriste
Mag N°B-1 Imm. Nakhil 3 Rue Roda
Guéliz Marrakech
Tél : 05 24 44 98 66