

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

M22- 0022370

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5581 Société : RAM 141994
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SENHATI ABDELKARIM
 Date de naissance : 23-12-1957
 Adresse : R. date bt Al Boustane 141 C3
 n° 15 JARRACHEH
 Tél. : 0544714417 Total des frais engagés : 1400,00 + 350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/12/2022
 Nom et prénom du malade : Filali Idriss Age : 57 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : vue de refraction
 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 : Marrakech

Le : 13/12/22

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 Médicin attestant le paiement des Actes
15/12/22	15/12	01	350100	Dr. SAI ABDEKRIM Médecin Ophtholomiste Bd. Med V Résidence Le Guéridon 2 ^e Etage - App. 10 - Marrakech Tel/Fax : 06 24 42 00 05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CLEAN TONE SARL AU TEL : 06 04 30 32 46 LOT ESSANA OUBAR 335 MARRAKECH ICE:002331103000027	19/12/22	CLEAN TONE SARL AU TEL : 06 04 30 32 46 LOT ESSANA OUBAR 335 MARRAKECH ICE:002331103000027

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

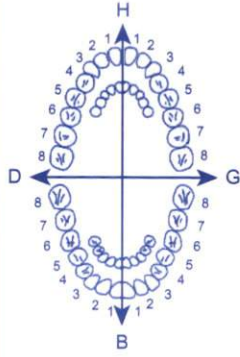
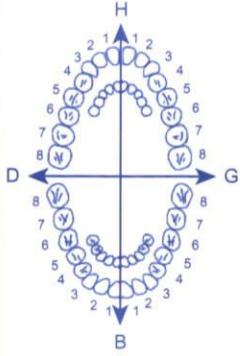
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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

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 الأقسمة

Marrakech, le : 13/11/22 مراكش، في :

Salut L'Hon

CLEAN TONE SARL AU
TEL: 06 04 30 32 46
LOT ESSAIAOUBAR 335
MARRAKECH
TEL: 002331103000027

Je VL

ant = - 2,75 (- 40° 180°)

ov = - 5,80 (- 27° 180°)

upfronted ce autreflet flake

+ ant

je VL ov Add = + 2

upfronted ant de lun

Dr. SAI ABDELKRIM
Médecin Ophtalmologiste

Bd. Med V Résidence Le Guéliz Imm. B
2° Etage - Appt. 10/ Marrakech

Tél/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

Date : 19/12/2022

Facture N°: 132

Docteur Traitant : SAi AbdelKRIM

Nom du Client : ILham FILALI

Designation					Prix TTC
Type de Verre : progressif AR					900
Monture Optique : plastique					500
VL / VD	SPH	CYL	AXE	ADD	
OD	-2,75	-4,00	180	+2,00	
OG	-5,50	-2,75	180	+2,00	

Total TTC : 1400 DH

Facture arrêté à la somme de : Mille quatre cents Dirham

ELEANNE SARL AU
Tél : 06 63 52 25 18
LOT ESSANAUBAR 335
MARRAKECH
ICE:002331103000027