

## 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° W21-764787

142509

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4932

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BAGHO Asdelhamid

Date de naissance : 19.06.1963

Adresse : N° 11 RUE 187 GROUPE F

EL OULFA CASA

Tél. : 066168632

Total des frais engagés : 2000,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/05/22

Nom et prénom du malade : Bagho Ramate

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anomalie de Refraction

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 : CASA

Le 20/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Bagho

VOLET ADHERENT

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
30/10/29	ح		200 DH	<p>09/11/2029</p> <p>الدكتور المرواني مصطفى</p> <p>إختصاصي في أمراض وجراحة العيون</p> <p>64، شارع واد سمرة - القنفذ - الدار البيضاء</p> <p>الهاتف: 09 75 39 11 11</p>

[illegible]

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

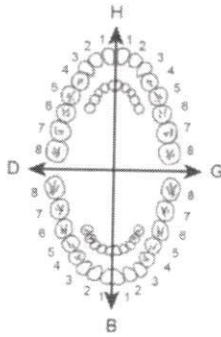
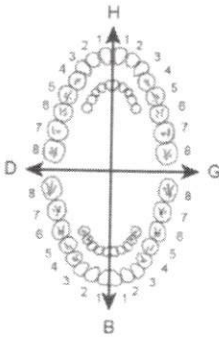
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
REVUE SARL AU OPTICIENNE OMETRISTE UNE RUE 93 N° 2 HAY CASABLANCA 22 69 31 65 OPTICIENNE	24 10 22					1800,00

# 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	DNP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



الدكتور المرواني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون  
تصوير الأوعية - الليزر

- طبيب سابق بالمستشفى المركزي بنانسي - فرنسا
- طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية
- طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

## ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

BA G 120 Numale

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

Porter

Habituellement: -3.75 (-0.75 à 70) - 4.5 (-0.25 à 80)

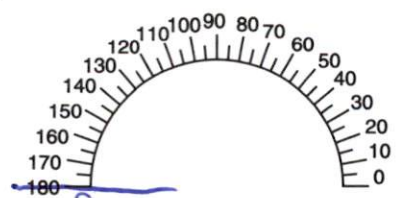
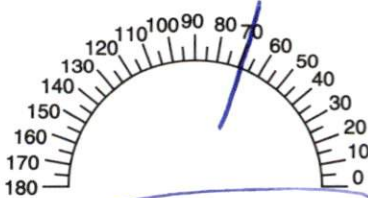
vanhler 80

Porter pour

la lecture :

de l'oeil

AX-Int



MEILLEURE VUE SARL AU

OPTICIENNE

OPTOMETRISTE

DERB ATTAOUNE RUE 93 N° 2 HAY

HASSAN CASABLANCA

Casablanca, le

Tel: 05 22 69 31 65

Signature



Client n° : 479

BAGHO MANALE

Facture client N° : 000081/2022

Médecin : EL MAROUANI MUSTAPHA

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	-3.75	-0.75	70	
O.G	-4.50	-0.25	180	

**Liste des ventes**

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Verre	Organique BLUEPROTECT 1.6	2	650,00	1 300,00
Monture	Optique	1	500,00	500,00

**Mode de Paiement :**

Total HT : 1500,00

TVA (20%) 300,00

Total TTC : 1 800,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS TTC



INPE:095020202

**Cachet** Casablanca, le 24/10/2022 00:00

MEILLEURE VUE SARL AU  
OPTICIENNE  
OPTOMETRISTE  
DERB ATTAAOUNE RUE 93 N° 2 HAY  
HASSANI CASABLANCA  
Tél : 05 22 69 31 65

Adresse : Derb attaaoune rue 93 n° 2 hay hassani casablanca Casablanca TEL : 0522693165

Email : meilleurevue@hotmail.com ICE : 002032364000042 CNSS : 5667243 RC : 398453 Patente : 35000337 IF : 25049835