

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- 0034344

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03628 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAFALLAH ALAOUI MY CHAFIK

Date de naissance : 16-04-1958

Adresse : 60, Rue Regenza Bourgogne CASA

Tél. : 06.67.12.12.07 Total des frais engagés : 5055,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imam Aloussi-Bourgogne
Tél. : 0520 27 67 46/51 (L.G)
Casablanca
INPE: 091071886

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/22

Nom et prénom du malade : BENABDELJALIL HOUDA Age : 5 ans

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Casablanca Le : 20/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02/12/22 | C.F. | | 300,00 | Pr. Med. HAMMOUZI OPHTALMOLOGISTE 24, Rue Imam Al-Boussfi-Boulogne Tél.: 0522 27 67 46/51 (L.G) Casablanca INPE: 091071886 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE LA MOINE DE IRRAHINE INPE : 092038991 | 2/12/22 | 55,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

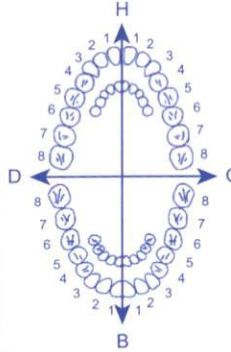
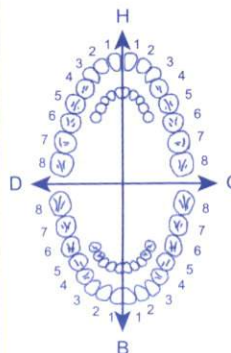
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|------------|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 14/12/2022 | | Veres + | | | 4700,00 |

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 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 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 Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال و الكبار
طبيب داخلي سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في: 02/12/12

DAFRA ALZAH ALAS-ai Houda

28,80

Arté lac

UDDC

18 x 17

S.V



26,40

Sans An

Sterdex (1 bte)



1 app / 15

pus 1/2 ptt. 15

Serum physio (5ml) Oubaine

الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورغون، الدار البيضاء

05 22 26 66 77 : الفاكس - 05 22 27 67 46 / 51 - Tél: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G)

24/Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face Océan) Casablanca



INPE: 091071886

FOCOOPTIC

Opticien Optométriste
Adaptation de Lentilles de contact
Diplômé de Bruxelles

514, Rue Goulmima - Résidence Hanane Jassim

Bourgogne Tél & Fax : 05 22 26 94 36 - Casablanca - E-mail : focooptic@yahoo.fr

PATENTE 35403681 - IF 401060710 - CNSS 6378542 - RC 261114 - ICE 000416751000014

N° d'autorisation d'exercer 2726

FACTURE N° 0004127

Casablanca, le :

14/12/2022

Nom : DAFRA ALLOU

Prénom :

HANNA

Numéro de Nomenclature : OD

OG

| Quantité | Désignation | P.U | P.T |
|----------|--|---------|---------|
| 2 | lens progressifs Organiques Atelier | 175,00 | 350,00 |
| 1 | Monture | 1200,00 | 1200,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Total :

4700,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Quatre mille sept cents dh 00 i.t.c

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في : 02/12/15

DAFRALAH ALASU,
HASAOA
Lunelle pme VL
U. progento.

$$OD = +0.75$$

$$OC_1 = (901 - 0.150) + 1100.$$

VL additif

$$ODC = +2.75$$

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi-Bourgogne
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G)
Casablanca
INPE: 091071886

24- زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بوركون، الدار البيضاء

الهاتف : 51 / 05 22 27 67 46 - الفاكس : 77 / 05 22 26 66

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca

Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77



INPE: 091071886