

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0006892

Maladie Dentaire Optique **144143** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6887** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **KARMA Karbi**
 Date de naissance : **1963 03 13**
 Adresse : **HAY TASHAROK IM2 WA2 S2 T2**
HAY AL WALAE SIDIMOMEN
 Tél. : **0633794083** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **MOURAD EL FADIL**

Cachet du médecin :
 Date de consultation : **02/01/2023**
 Nom et prénom du malade : **KARME MERIEM** Age : **20**
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Vieillesse 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 : Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/07/2023 | C1 | | 250714 | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | |
| | 02/07/2023 | | | | | 250714 |
| | | | | | | |

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 | |
| | 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

Dr. EL FADIL Mourad

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie des Yeux

Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophtalmologie



الدكتور الفاضل مراد

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة

تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية
لطب العيون

02 JAN. 2023

Casablanca, le:: الدار البيضاء، في:

HARMA Merve

VERRES POUR LA VISION DE LOIN :

Oeil Droit : -1.75

Oeil Gauche : -1.75 (-0.50 a 165)

ADDITION VISION DE PRES :

conv

Fluor

Am

OPTIQUE LE BEAU COIN
Id. Mouqbil Boukhalil Bloc (J) N° 77
Tél. 05 22 61 24 52

Dr. Mourad EL FADIL
OPHTALMOLOGISTE
76, Bd La Grande Ceinture Residence
EL Kheir, Appt 112 - 1er Etage
Hay Mohammadi - Casa
Tél.: 05 22 61 24 52

إقامة الخير 76، شارع الحزام الكبير الطابق الأول رقم 112 - الحي المحمدي - الدار البيضاء - (بجانب قسارية عزيزة)

Résidence El Khair - 76, Bd la Grande Ceinture 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 22 61 24 52 - (à côté du Kissariat Aziza)

Optique Le Beau Coin



FACTURE N° 0002150

Casablanca, le: 04/01/2018

M: KARMA MERIAYM

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd. Moulay Bouazza Bloc (J) N° 70
Casablanca - Tél. 06 25 27 25 92

| | | | | |
|------|----------|-------|----------|-------|
| | | | | |
| Loin | Sphere | -1,75 | Sphere | -1,75 |
| | Cylindre | -0,50 | Cylindre | |
| | Axe | 165 | Axe | |
| Près | Sphere | | Sphere | |
| | Cylindre | | Cylindre | |
| | Axe | | Axe | |

| | | |
|----------|------------------------------------|-------|
| Monture: | MONTOPPEN LOTO | 10000 |
| Verres: | COR RCBATHMILK ANTIRIFLEL: ANTI | 15000 |

Total: 25000

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de: _____