

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- 0033090

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5877 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AROU Fatima
 Date de naissance : 01-01-43
 Adresse : 33 Rue Moussa EL AYOUBI BOU RICA
 Tél : 0684511094 Total des frais engagés : 3500,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : AROU FATIMA Age:
 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 : 12/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
31 OCT 2022	C	-	300	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/2022	294,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

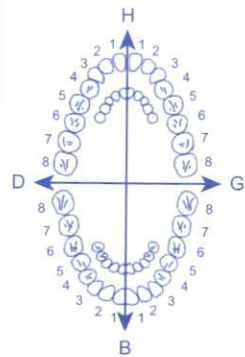
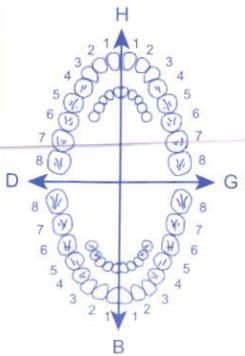
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/11/22		10		4	800
					4x2	2900
					7	3000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></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]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
			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 Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie rét
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie)*

Casablanca, le lundi 31 octobre 2011

Patient : **Madame Fatima AROUI**



147,00 x 2

THEALOSE / 1 goutte 3 à 4 fois par jour

2 Boîtes

294,00



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com



OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste

Bloc Kodia 106 Bd. E N° 7 Bis,

El Hay Mohammadi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428

MOUSSAOUI Abdssamad
INPE:095012357

Ordonnance de M. le Docteur :



نظارات مساوي

أخصائي في النظارات البصرية

بلوك الكدية 106 - الحي المحمدي

الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي

الهاتف : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا : 32825428

234

Benani Med Amine

N° de nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D. : (90° - 125) R	PRES	O.D. :
	O.G. : (90° - 100) - 000		O.G. : Any 300

FOURNITURE

1 Monture : gmc 2000

2 Verres : Lomux 1.57
gmc 2000 65

Etuil :

Total : trois mille Dhs

800,00
1100,00
1100,00
3000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 11/11/2022

M. ou Mme : Aroui Fatima

OPTIQUE MOUSSAOUI
Opticien Spécialiste
Bd. E. N° 7 Bis, El Hay Mohammadi - Casa
Tél : 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39

ICE : 001789511000067 - ID : 40151582 - RC : 372042 - CNSS : 173923031

CASABLANCA



LASER VISION

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophtalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire

BARRAQUER - BARCELONE

الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 31.10.2022

Patient : **Madame AROUI Fatima**

MONTURE / VERRES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : (90° -1,25) PLAN , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (90° -1,00) -0,25 , Addition + 3,00

OPTIQUE MOUSSA AROUI
Opticien Ophtalmiste
Bd. El Massira 106, N° 7
Hay Mohammadi-Casablanca
2.60.34.39 GSM: 06 69 00 97 85

