

## 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.

N° W21-775099

147418

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 64111	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL MOKRANE ° HASSAN
Nom & Prénom : EL MOKRANE ° HASSAN			
Date de naissance : 02/02/1965			
Adresse : HAY EL OULFS RUE 58 N°42 CASA			
Tél. : 0668589973	Total des frais engagés : 2100 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 09/01/2023			
Nom et prénom du malade : S'OUMLIA ATMANI Age : 62			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Céphalgie RACCEUIL			
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.

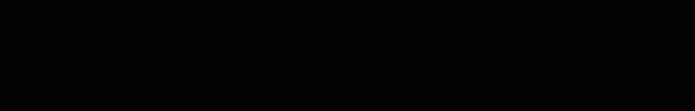
Fait à : 09/01/2023

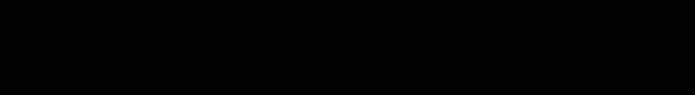
Signature de l'adhérent(e) :

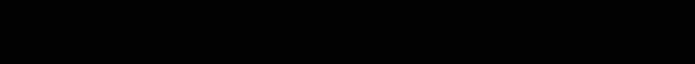
Le : 09/01/2023













RELEVE 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
01/02/2017	C		300.00	INP : 05165167
02/02/2017	S + PD			LOGISTE Firdaous Signature
10/02/2017				

## FACTURE

No. 0460

Me/Mme : Somya Armani

Casablanca le : 6/11/23

Matricule : .....

Nom Article	Désignation	P.U	P.Total
	Numéro : .....		
	Monture de Lunette : .....		300 DH
	Verres Organique : .....		700 DH
	V.Loin : O.D : Axe : ..... 70 CYL: ..... SPH: ..... -050 -075		
	O.G : Axe : ..... 28° CYL: ..... SPH: ..... -050 -3,00		
	V.Près : O.D : Axe : ..... CYL: ..... SPH: .....		
	O.G : Axe : ..... CYL: ..... SPH: .....		
	ADD : ..... +2,00 O.D : ..... O.G : ..... E.I.P		900 DH
	Ophtalmo : ..... O.G : ..... E.I.P		1800 DH
	Mille DH		

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

**الدكتورة بوعسيم مليكة**

**طب العيون**

**دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية**

**اختصاصية في أمراض و جراحة العيون**

**الليزر....**

Casa le : 07 Décembre 2022

**Mme ATMANI Soumya**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = - 0.75 (- 0.50 à 70°)

OG = - 3.00 (- 0.50 à 88°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.00