

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.



150336

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023269

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : ASSAL Abdelaziz Date de naissance : 14-4-1962
Adresse : 39 Rue EL ANASSERANE, HAY ALHODA Berrechid
Tél. : 0661523060 Total des frais engagés : 1991,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saïd EL HASSAN
Ophtalmologiste
Bd Mohamed V Imb 341 Etage 4
N° 41 (Imb Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah
Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour)
Tél : 05 22 32 43 44

Date de consultation : 09/02/2023
Nom et prénom du malade : ASSAL ABDEL AZIZ Age : 61
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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 : Berrechid Le : 15/02/2023
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

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
09/02/23	95		25000	Dr. Saïd EL HASSAR Ophtalmologiste N° 41 (Imb Avec Accenseur) L'Assurance Médicale Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour) Tél : 05 22 32 43 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAH MEY AL HOUCHE BERRECHID Tél : 05 22 37 84 02	09/02/23	1441,10

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
		A M	P C	I M	I V	
	14/02/23					16000,00

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																	
				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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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. Said EL HASSAR

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie de la Myopie

Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophthalmologie



PHARMACIE NASRALLAH
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSA...
BERRECHID
Tél: 05 22 32 43 44

الدكتور سعيد الحصار

اخصائي في أمراض و جراحة العيون

جلالة - الزرقاق - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة...

جراحة عيوب البصر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون

Agrée Par le Ministère de la Santé Permis de Conduire

ORDONNANCE

Berechid le : 09/02/2023 : برشيد في :

ASSAL Abdelaziz

DEUX PAIRES DE LUNETTES + MONTURES :

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : $(90^\circ - 1,50) + 2,75$

Oeil Gauche : $(85^\circ - 1,25) + 1,50$

DE PRES Organiques

Oeil Droit : $(90^\circ - 1,50) + 5,50$

Oeil Gauche : $(85^\circ - 1,25) + 4,25$



144,10

- Vis med call

1 goutte of ODB
a 1 mois



Dr. Said EL HASSAR
Ophthalmologiste

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4
N° 41 (Imm Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah
Berechid (En Face Centre Commercial Carrefour)
Tél: 05 22 32 43 44

شارع محمد الخامس العمارة 41 (إقامة بالمصعد) تجزئة نصرالله

برشيد (قرب المركز التجاري كارفور) - الهاتف : 05 22 32 43 44

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4 N° 41 (Imm Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah

Berechid (En Face Centre Commercial Carrefour) - Tél : 05 22 32 43 44

FACTURE

Date : 14/02/2023

CLIENT: ABDELAZIZ ASSAL

Numéro: 3356912

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE OPAL	1	500.00
VD	UNIFOCAL FSV ORG 1.56 UV+420CUT BLUE	1	250.00
VG	UNIFOCAL FSV ORG 1.56 UV+420CUT BLUE	1	250.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE	OPTIQUE TED BAKER	1	300.00
VD	UNIFOCAL ORG BLANC 1.5 NORMAL	1	150.00
VG	UNIFOCAL ORG BLANC 1.5 NORMAL	1	150.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
<u>Dr. SAID EL HASSAR</u>			
LOIN : OD: +2.75(-1.50,90°) OG: +1.50(-1.25,85°)			
PRES: OD: +5.50(-1.50,90°) OG: +4.25(-1.25,85°)			
ADD : OD: OG:			
Total TTC:			1 600.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			320.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE SIX CENT DIRHAMS .TTC.

