

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° P19- 0023269

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933 Société : RAM Retraite
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ASSAL ABDELLAH Date de naissance : 1H-1H-1962
 Adresse : 39 Rue ELAFRANE, HAY AL HODA Berrechid
 Tél. : 0661593060 Total des frais engagés : 19914,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR SAID EL HASSAR
Ophtalmologiste
Bd Mohamed V Imb 341 (étage 4)
N° 41 (Imb Avec Ascenseur) Lotissement Nasra City
Berrechid (En Face Centre Commercial Carréjor)
Tél : 05 22 32 43 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2023

Nom et prénom du malade : ASSAL ABDELLAH Date de naissance : 23/01/1962

Lien de parenté :

Nature de la maladie : affection cardiaque Age : 61

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) :

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
09/02/23	Qs		250.00	<p>Dr. Said EL HASSAK Ophthalmologist RD Mohamed V Imb 341 étage 3 N° 41 (Imb Avec Ascenseur) Loft Center Nasrallah Berrechid (En Face Centre Commercial Carré) Tél : 05 22 32 43 44</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALA Bey Al Houcine BERRECHID 05 22 22 91 71	09/02/23	144,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
DR HASSAK	14/02/23					1600,00

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتور سعيد الحصار

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جلالة - الزراق - الحول

مسالك الدموع - انفيوكرافيا

اللizer - العدسات اللاصقة...

جراحة عيوب البصر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون



Dr. Said EL HASSAR

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucom - Strabisme

Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact

Chirurgie de la Myopie

Membre Titulaire de la Société

Française d'Ophthalmologie

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° -1,50) + 2,75

Oeil Gauche : (85° -1,25) + 1,50

DE PRES Organiques

Oeil Droit : (90° -1,50) + 5,50

Oeil Gauche : (85° -1,25) + 4,25



144110

- Vis med call **ASMOON SAMIR**
1 goutte qd ODB
a 1 mois

Dr. Said EL HASSAR
Ophthalmologiste
Bd Mohamed V Imm. 341 étage 4
N° 41 (Imb Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah
Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour)
Tél : 05 22 32 43 44

شارع محمد الخامس العماره 3 الطابق 4 رقم 41 (اقامة بالمصعد) تجزئة نصر الله

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

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

Berrechid (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
LOIN:			
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
PRES:			
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
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. SAID EL HASSAR			
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.**

