

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0006440

156051

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3432 Société : Ram
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HABA Hamid
Date de naissance : 05/08/1965
Adresse : HAY Ouds Desi Fajr Imm Essanaoulene N°2
S.B
Tél : 0661915346 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2023

Nom et prénom du malade : HABA Safaa

Age : 18 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
09/03/23			2500.4	Dr. CHAMMI M. Hicham

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacie	Date	Montant de la Facture
KADER OPTIQUE OPTICIENNE - OPTOMETRISTE 404, Av. Abdelhak Sahajj Drissia 1 Tel: 0522 28 20 73 - Fax: 0522 80 18 36 - Casablanca ICE : 001823017000027 INP : 095004081	01/04/23	2700.00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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. CHAMI Mohamed Hicham

Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive
chirurgie de la cataracte
imagerie et pathologies rétiniennes

الدكتور الشامي محمد هشام

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

جراحة تصحيح البصر
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
تصوير و أمراض الشبكية

02 mars 2023

Mlle HABA Safaa

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.25 (- 0.50 à 175°)

OG = (- 0.75 à 175°)

Dr. CHAMI Mohamed Hicham

طبيب أمراض وجراحة العيون

طبيب مريض التخصص في جراحة المياه البيضاء

114, شارع مختار بن أحمد الكرنأوي، القوس، سبيدي البرنوصي

05.22.73.76.50 : الهاتف

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404, Av. Abdelhak Senhaji-Brissia I
0522 80 18 36 - Casablanca

114 شارع مختار بن أحمد الكرنأوي، القوس، سبيدي البرنوصي - الدار البيضاء

114, Bd. Mokhtar Ben Ahmed Al Garnaoui, Hay El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél : 0522 73 76 50 - Mail : chami_h@yahoo.fr

KOSTEN DER OPTIONEN

patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C : 20 47 88

FACTURE

N^o 4740

IF : 02520198
ICE : 00182301700027
INP : 095004081

Casablanca, le 01/04/2023
HA BA SRAFAA

NP : 095004081 M HAH

O.D. = 175 - 050 1025 ADD. = ✓

O.G. = 125 - 020 11 ADD. = ✓

Ordonnance du docteur CHANI

**NRS de nomenclature
correspondants à
la prescription**

Loin { O.D. = 122
O.G. = 170

Prés { O.D. =
O.G. =

$$\text{D.F.} \begin{cases} \text{O.D.} = 1 \\ \text{O.G.} = 1 \end{cases}$$

FOURNITURE :

Montures :

2 Verres : *Stylish 12*

Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Arretee la presente facture a la somme de :
Deux mille sept
Cet ons eplace

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRIE
404, Av. Abdellah Senhaji Drissia 1
Tél: 0522 80 70 73 - Fax: 0522 80 18 36 - Casablanca