

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7169

Société : R.A.M 159139

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GUYER MOUSSI Amina

Date de naissance :

19/11/59

Adresse :

.....
066165 60 39

Total des frais engagés : 3104,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 12.11.2013

Signature de l'adhérent(e) :





EL ARCHI

AHMED

12216

LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L
'AVIATION

CASABLANCA

Objet : Remboursement des frais medicaux (03/2023)

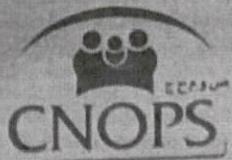
J'ai l'honneur de vous informer que la MODEP a opéré un remboursement de vos dossiers-maladie en procédant à :

- Un virement bancaire sur votre RIB n: 230780737236021310430020

Le détail de ce remboursement est donné ci-après :

N Recu	Date depot	Frais engagés	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé
79343006	22/02/2023	3104.1	UNE PAIRE DE VERRES DE LOIN CONSULTATION SPECIALISTE UNE MONTURE PHARMACIE 75% UNE PAIRE DE VERRES DE PRES	1,000.00 250.00 800.00 54.10 1,000.00	600 200 600 40.58 600	2040.58

Salutations mutualistes.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les
Affections de longue Durée

التأمين الاجتماعي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

موجه رقم 1.1.01.01

N° du Tél (optionnel):

رقم الهاتف (اختياري): 06 61 91 57.02

خاص بالمؤمن (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom:

EL ARCHI AHMED

الاسم العائلي والشخصي:

رقم الانخراط:

رقم التسجيل:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

N° Affiliation:

3197010

N° Immatriculation:

7311397010

N° CIN:

81221239111

Lien de parenté du bénéficiaire
avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant ابن

علاقة القرابة
بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Adresse: *lotissement LAIMOUNE 1 lot N° 46 LISSASFA
CASABLANCA - MAROC*

Montant des frais (Dhs): 310410 إجمالي المصاري (بالدرهم):

Nombre de pièces jointes: DEUX (02) عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom:

EL ARCHI AHMED

الاسم العائلي والشخصي:

Date de naissance:

17/05/1955

تاريخ الازدياد:

N° CIN:

31221239111

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Sexe*:

Masculin

ذكر

Féminin

إثنا عشر

الجنس*:

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة
و مؤسسات العلاج

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن:

N° dossier ALD*:

oui non

رقم ملف المرض المزمن:

Code ALD:

رقم المرض المزمن:

Soins ambulatoires* علاجات خارجية *

Pli confidentiel remis*:

oui non

تم تقديم الظرف المغلق:

Hospitalisation* استشفاء *

Date d'hospitalisation:

تاريخ الاستشفاء:

Fait à: CASABLANCA

حرر ب: _____

Le: 20/02/2013 في:

في: 18/02/2013

توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e)

أشهـد بـصـحة

كـل مـا ذـكـرـعـاـلـهـ

J'atteste sur l'honneur
l'exactitude des renseignements
portés ci-avant.

أصـرـخـ بـمـصـدـاقـيـةـ وـصـحـةـ الـمـعـلـوـمـاتـ الـمـذـكـوـرـةـ أـعـلـاهـ
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vétables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج

و المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du médecin traitant
ou de l'établissement de soins

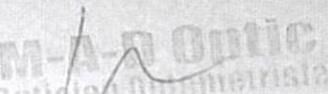
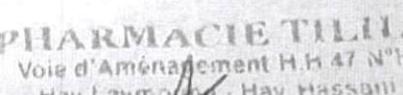
* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منع الصريح بطبعه المطبع

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة *Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis*

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16/02/23	2800,00	 M-A OPTIC Opticien Optométriste 63 Rue Boukhale Casa
		INP : Akram Daali INP : 065032033
15/02/23	54,10	 PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H 47 N°H Hay Laymoud - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 86 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE: 001551556000078 - IF: 40155080
		INP : 092071976
		INP : 111111111111

0: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Dr. Malika BOUKSIM
OPHTALMOLOGISTE
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعksam ملوك
طب العيون
دبلوم التشخيص بالأمراض ما فوق الصوتية
اللتخصصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر

15 Février 2023
Casa le :

Mr. ELARCHI Ahmed

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

VL :

OD = + 0.50 (- 0.75 à 80°)

OG = + 0.75 (- 0.75 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.75

54/10

LARMABAK: collyre



1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Layyoun - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 80 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 00156156000078 - IF: 40155060

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° :

N° 28157

Casablanca, le: 16/02/93

Mme / Mr: EL A2 Chti Ahmeli

Dr:

VL

OD: +0,50 (-0,26 80)

OG: +0,26 (-0,26 80)

Monture

plastique

800,00 DH

VP-Add

OD:

OG:

Verres

Progressif 200142

200000 DH

Total à payer: 2800,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: Deux mille Huit

Cat DH

Akram Baali

Télé: 065032633

m n D Optic
Opticien Lunettier
Rue Rguibat Bourgogne

Cachet et signature

Adresse: 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36
Capitale 100.000 - Patente: 35402703 - IF: 47232711 - RC: 6123
ICE: 002642590000069