

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1025 Société : 171737

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAALEJ ABDELHAK

Date de naissance : 31-12-1948

Adresse : Hle

Tél. : 0667512849 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/05/2023

Nom et prénom du malade : LAALEJ ABDELHAK Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection ophthalmatologique

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 :

Signature de l'adhérent(e) : LAALEJ ABDELHAK

Le : 15/05/2023

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
15.05.23	CS q.K.F		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EE OPTICAL 18 Rue Ouassama Ibnu and Galerie Familia Maarif Casablanca	29/07/2023	1000,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

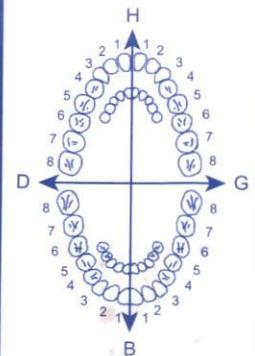
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة مريم العمراني
مُتَخَصِّصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريز
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 15 Mai 2023

LAALEJ Abdelhak

LUNETTES : monture et verres organiques antireflets (vision de loin)

OD : -1.00(90° -1.00)

OG : (50° -0.50)

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, Bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

SEE OPTICAL
17,18 Rue Ouassama Ibnou
Zaid Galerie Familia Maarif
Casablanca

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 100 20 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46/47
Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47



CASABLANCA , le 29/07/2023

Facture N° 0002355

Mr LAALEJ Abdelhak

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
2 verres correcteurs antireflets OD: -1.00(-1.00à90°) OG: (-0.50à50°)	1.000.00

Dont TVA (20%)	166.67
TOTAL TTC	1.000.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
Mille Dirhams

SEE OPTICAL
17-18 Rue Ouassama Ibnou
Zaid Galerie Familia Maarif
Casablanca

FILALI BOUAMI Ghita
INPE
095027678

Siège Social : 17-18 rue OUSSAMA IBNOU ZAID GALERIE FAMILIA- CASABLANCA MAROC
R.C : 503003 – Taxe Professionnelle: 35782422 – I.F : 45907312 – ICE :002835210000081
Tel/Fax: 212 522 233 640 - GSM: 0664 625 379
e-mail: seeoptical20@gmail.com