

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° M21- 081613

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04943 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Benjelloun Zahra
 Date de naissance : 20/07/1960
 Adresse : 113 Rue El Bourak Medjidi
 Tél. : 0661495656 Total des frais engagés : 3900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/08/23
 Nom et prénom du malade : MOUTAKI ABDELWAHEB Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : 02/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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.

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
02/08/23			3000	Dr. ASRAGUIS ABDELKADIR CHIRURGIEN OPHTALMOLOGUE Angle Bd. Bir Anzarane, Rue de Libye 4ème Etage N°46 - Maarif - Casablanca Tél: 0522 95 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

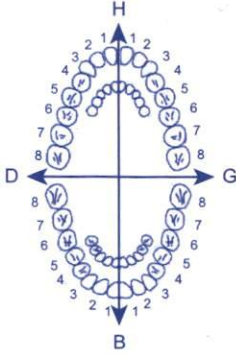
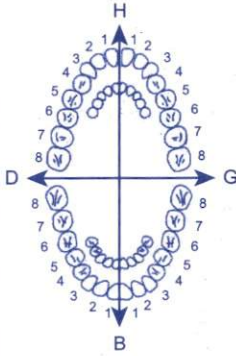
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE ANZARANE Bd Kodsirah N°23 Ain Chock Casablanca *OPTICIEN OPTIMETRISE*	11/08/23					3600,-

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 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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0005253

Docteur : Abdelghani A.S.Bangui
Mr. : Abdelouahed Douitak

Nomenclature :

Montures : $\left\{ \begin{array}{l} \text{VL} \dots \text{Optique} \dots 600, - \\ \text{VP} \dots \end{array} \right.$

Type de verres : Optique progressive

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : Cyl : 40.75 Sph : 1500 -

OG : Axe : 90 Cyl : -0.25 Sph : 40.75 1500 -

* VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph :

OG : Axe : Cyl : Sph :

Add : 43.25

= 3600 -

Total : trois mille six cents 00

Date : 11/8/23



Docteur Abdelghani Asrarguis

15 Ophtalmologiste

Angle Bd Anzarane Et Rue De Libye

4 Ème Étage N°46 - Maarif

20450 CASABLANCA

Tél. 0522951111

2 33 2 123456 1 2 3 4 - RPPS 123456789

Casablanca, le 2 août 2023

Abdelouahed MOUTTAKI



verres correcteurs

Vision de loin

OD +0.75

OG +0.75 (-0.25 à 90°)

Vision de près

add. +3.25 VP OD

add. +3.25 VP OG

Monture

VERRES PROGRESSIFS

PRESCRIPTION NON MODIFIABLE ET NON RENOUELEABLE

ATTENTION LA FORMULE DE PRÈS EST UNE ADDITION

k

Dr. ASRARGUIS Abdelghani
CHIRURGIEN OPHTALMOLOGUE
Angle Bd. Bly Anzarane, Rue de Libye
4ème Étage N°46 Maarif Casablanca
Tél. 0522 95 11 11

La puissance de vos verres correcteurs a été établie par votre ophtalmologiste qui en prend la responsabilité. Il est vivement conseillé que la réalisation de vos lunettes soit faite par un opticien diplômé. Cette réalisation comporte le conseil pour le choix de la monture, les prises de mesures précises nécessaires au montage (la mesure de l'écart pupillaire ne suffit pas), le montage des verres, et l'adaptation des lunettes lors de leur livraison.

Membre d'une association de gestion agréée - Le règlement des honoraires par chèque ou carte de crédit est accepté