

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13198		Société : RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A76208
Nom & Prénom : KASBAOUI Adam			
Date de naissance : 20/08/96			
Adresse : Lottergau n° 82, Planaléch			
Tél. : 0707059117		Total des frais engagés : _____ Dhs	
<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p><i>Dr. Rafik Hys Ophtalmologiste Space Bureau Lira 1er étage Bd Quai Jaouara El Hachem Duffa Casablanca 14/08/22 to 12/08/22</i></p> <p>Date de consultation : _____</p> <p>Nom et prénom du malade : 14 KASBAOUI Adam Age: _____</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Copoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : Concates optique</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____</p> <p>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.</p>			

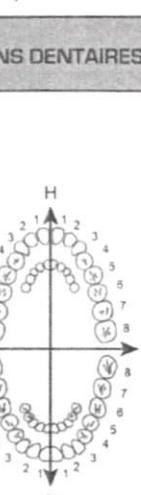
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Faxblanca** Le : **31/08/23**

Signature de l'adhérent(e) : **p**

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
31/08/2013	(5)	—	25000	INP : 098185513 Dr. RABHI YOUSSEF Ophthalmologist Bureau Lina 1er étage no 0 Fax: 03 34 54 10 00 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES SABLES Nadia GOURANI E Lotissement Zoubeir Le Addoha Oulfa - Casablanca 06 67 07 50 25	31/08/2013	66,00

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 (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 				
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE 				
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								



Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne du CHU Ibn Rochd
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلية سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ غشت

Casablanca le

31 août 2023

Mr KASBAOUI Adam

Monture + verres correcteurs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = - 0.50 (- 1.50 à 175°)

OG = - 0.75 (- 1.75 à 5°)

660

VISRELAX collyre

une goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

PHARMACIE LES PARADIS
Nadia GOURANI
234 E Lotissement Zoubeir
Groupe Addoha Oulfa - Casablanca
Gsm: 06 67 07 50 25

*Dr. Rafik Ilyass
Ophthalmologiste
Espace Bureau Lina 1er étage Bd Oued
Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca
Tel. 05 24 46 38 94*

05.22.10.12.57

06.63.65.68.04

dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)
عمراء لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)

Opticien Optométriste

77 Comp Urbain Massira 1
Marrakech

Marrakech, le 12/9/93

Doit M/Mme :

Rachid Adam

Ordonnance du DR :

Facture N° 1

Code	O.DROIT			D.GAUCHE		
	Sph	Cyl	Axe	Sph	Cyl	Axe
LOIN	-0,50	-1,50	175°	-0,75	-1,75	5°
PRES						
DF						

Désignation	Prix Unit.	Nbre	Prix Total
Monture Client			
Verres ORG blane	1500	2	3000DH
TOTAL			3000DH

Arrêtez la présente Facture à la Somme de

3000DH