

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-697163



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9900	Société : RAM	ABDESLAMY QASIM 185X3	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABDESLAMY QASIM			
Date de naissance : 04/05/1973			
Adresse : CITE ESSALAM AVYSHINE. VILLE 24, ENNSA CASA			
Tél. : 0661151698	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade : ABDESLAMY QASIM	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Amelie de foie	
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 : 20/11/2023
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
03.10.2023	C 3	.	300DH	INP : 081455881 Dr. LASSOUS Professeur en orthopédie Boulevard Abdellmoumen Toubia Casablanca 00/05 22 99 00 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>IRDA US ELISSA Participe au numéro : 095501889</i>	01 12 2023			ptieurs		8300,00 -5

RELEVÉ 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur N.LAOUISSI

الأستاذة لعويسى. ن

Spécialiste en ophtalmologie
maladies et chirurgie des yeux
Ex professeur à la faculté de médecine
et de pharmacie de CASABLANCA
Ex attaché au CHU de Nantes (France)
Agrée en Médecine Aérospatiale
microchirurgie de l'oeil
strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - laser - lentilles de contact
chirurgie réfractive

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بنات (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca, le

3-10-023

QASR Abdessalem

lunettes professionnelle
prescription

VC 091 +115°
0G1 (60° - 025) +128

VP/00G1 sold 2

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en ophtalmologie
78, Boulevard Abdelloumen
Res Koutoubia Casablanca
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

AL FIRDAOUS VISION
EL AZIZI EL FIRDAOUS HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd abdelmoumen RDC N° 5 Casablanca
INPE: 0950071989

CASA LE 01/11/2023

ALFIRDAOUS VISION

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

FACTURE : N 298/2023

NOM : QASM ABDESLAM

NOMENCLATURES CORRESPONDANTES A LA PRESCRIPTION

OD :31 OG :31

1 MONTURE optique 1	1200.00 DH TTC
1 MONTURE optique 2.....	00.00 DHTTC
2 VERRE orma progressif nikon antireflet import	7100.00DH TTC
2VERRE	00.00 DH TTC
TOTAL TTC :8300.00DH	

LAPRESENTE FACTURE ARRETEE A LA SOMME DE :

Huit Mille trois cent dirhams

AL FIRDAOUS VISION

ICE : 00223025300090

RC : 428231

INPE :095001889

AL FIRDAOUS VISION
EL AZIZI EL IDRISSI CHAM
Opticien Optometriste
202 Bd abdelmoumen PDC N° 5 Casablanca
INPE: 095001889