

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

183843

Déclaration de Maladie : N° P19- 0000106

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05192 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAÏD BEN ABDELLAH Date de naissance : 02.01.1960

Adresse : RCS. WAFAA D. IM 44 AST 1A. WAFI CASA

Tél. : 06 83 12 54 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

0, Bd 8, 6^e étage
é 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
OPHTALMOLOGIE D'KHISSEY
Registre
Casablanca

Date de consultation : 17/10/2023

Nom et prénom du malade : SAÏD BEN ABDELLAH Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection de la vue

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 :

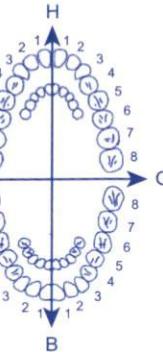
Le : 19/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

SAÏD BEN ABDELLAH

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
17/10/2023	22		300,00	DR. BRAHIM ROLDAN, 26/10/2023 Signature Dr. BRAHIM ROLDAN, 26/10/2023 GABARLANCA, 26/10/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIQUE HATIM LEMOUR HATIM Opticien Optométriste 1-38 Bd Bir Anzarne Hay El Khaïr Settat 052 3 00 38 42 0766 6631	14/11/23	OPTIQUE HATIM LEMOUR HATIM Opticien Optométriste 1-38 Bd Bir Anzarne Hay El Khaïr Settat 052 3 00 38 42 0766 6631

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 Nature des Soins Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
		H	21433552													
		25533412	00000000													
		D	00000000													
		00000000	00000000													
		B	35533411													
		35533411	11433553													
MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																

I.F : 26121386 - R.C : 20118 - P.t : 40066677

ICE : 00213929000005 - INPE : 065018384

Le Code à BARRES :



065018384

N° 000504

14/11/23

Nom et Prénom du client : SAIDI Abdessamad

Docteur : Mouloudine D'IRASSY

Monture : Matière : Métal - Plastique - TITANIUMMontage: Cerclé - Nylor - Percé

Couleur	Nombre	Prix
Marron	(01)	600,00

Verres : Vision de loin - Vision de près - Progressif
 Bifocaux - VL + VP

	Sph	Cyl	Axe	Add	Prix
OD	+0,6	-1,20	105°	+2,20	1750
OG	+0,20	-1,50	70°	+2,20	1750

Matière : Organique - Minéral - Photochronique
 Antireflets - Anti UV - Pobyrarbonate
 MARRON - Transition Marron

Total de la facture : 3400,00

La présente facture à la somme de : 3400,00

Cachet et Signature de l'opticien

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologiste

Ex-Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسى محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

2c/17/2013

Sidon: Mouhssine

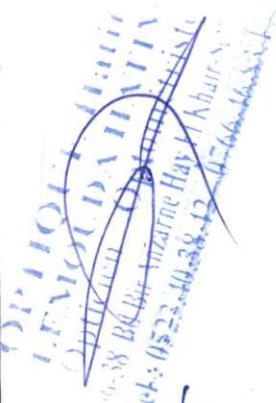
Réultat sur VL

(+Duret)

$$\text{dL} = +0,15 (-1,77) : 105$$

$$\text{dR} = +0,15 (-1,77) : 70$$

$$\text{Add} (\text{per}) = +2,75 \text{ D}$$



Sur myope (lentilles

progress)

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076

400. شارع إبراهيم الروదاني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88