

## 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

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-797697

84063

Optique

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

72750

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL WAITAH Amine

Date de naissance :

04/08/1986

Adresse :

8 Rue Rayana, lot AL Madania,  
Benechid

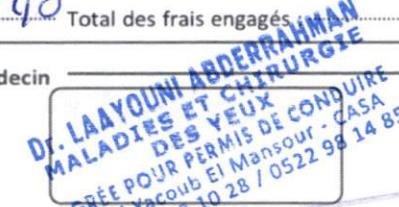
Tél. :

0662 77 98 40

Total des frais engagés

3500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

21/10/2023

Nom et prénom du malade :

EL WAITAH HIBA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

REFRACTEUR

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.

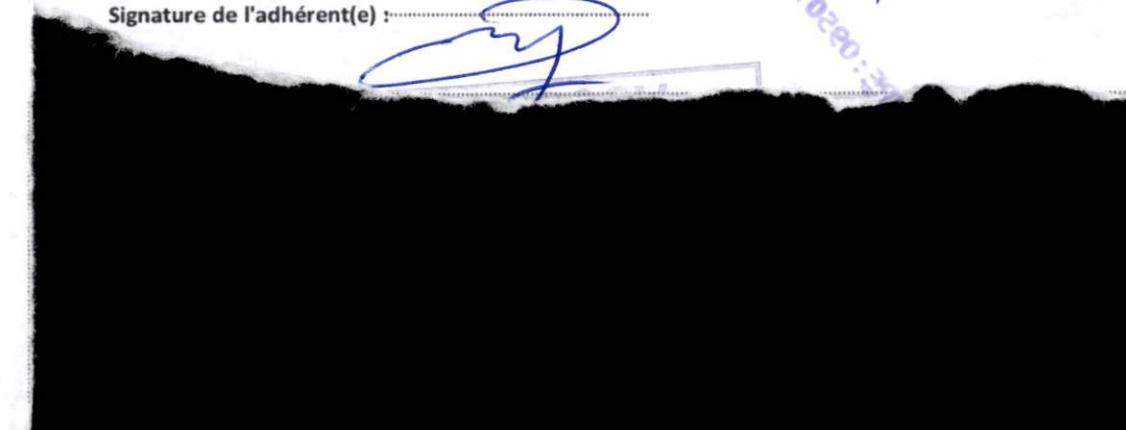
Fait à :

Benechid

Le :

24/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
24/10/2023	ES	300,000.00	INP : 091074032	YOUSSEF ABDERRAHMAN CHIRURGIE SUX CONDU

## EXECUTION DES ORDONNANCES *DE MALAISIE* POUR PLACER *EL MAMOUR* *0522*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		FREEL YACOUB 8-12-2010 TEL: 0522 28 10 28

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
UHM Jaber Mohammed 05 23 28 1939 Signature	le 30/10/23 019219					3200 FM

## 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.

**Docteur Abderrahman LAAYOUNI**  
**Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux**  
**Diplômé de l'Université de Montpellier**  
**Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca**  
**Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août**  
**Agrée pour permis de conduire**  
**Membre de la Société Française d'Ophtalmologie**

**الدكتور عبد الرحمن لعيوني**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - ليز - أنجيوغرافي

خريج

جامعة مينيلوي

أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد

طبيب سابقاً بمستشفى 20 غشت

رخص السيارة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



**LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE**

Casablanca, le 21/10/2023 الدار البيضاء، في

ISSAAD

HIBA

Assaad

Hiba

$$AD = (12^{\circ} - 2,50) + 1,50$$

$$AL = (153^{\circ} - 97,5) - 1^{\circ}25$$



8 شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3<sup>ème</sup> Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85



SETAGENERAL D'OPTIQUE

By Hatime

## OPTIQUE - OPTOMETRIE - LENTILLE DE CONTACT

Facture N° :

4953.0123

Mohammedia le :

30/10/23



095019279

Mme / Mr :

SSAAD H. AA

Dr :

ABDERAHMAN LAAOUNI

VL

VP-Add

OD :

(112 - 250) + 0,0

OD :

OG :

(113 - 275) + 1,25

OG :

Monture

optique

800,00

DH

Verres

ORL 2400,00 DH

Total à payer :

3200,00

DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Dh 3200,00

Cachet et signature

40, Boulevard Achorafa, Saada, El Alia, Mohammedia - Tél : 0666474523

Patente N° : 3653246 - RC N° : 18891 - IF N° : 20699296 - ICE N° : 001587406000070