

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 canaux, 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 canaux.

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- 0060679

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8949 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MECHOUR LAHOUSSE
 Date de naissance : Le 30 - 04 - 1960
 Adresse : 241 HOY CRAAA Rue Reich 1^{er} Etage EL Ain Bennech
 Tél. : 06.13.62.18.90 Total des frais engagés : 1800,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2024
 Nom et prénom du malade : el Badami NERIAS Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection diabète - Retinopathie diabétique
 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 : Bennech Le : 28 / 03 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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.

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

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
29/03/24	luxury obg	1809.00		
18/03/24	CS	200.00		

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

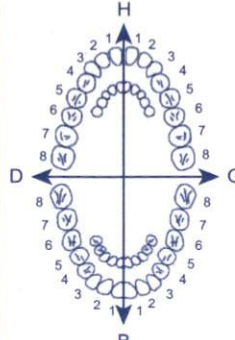
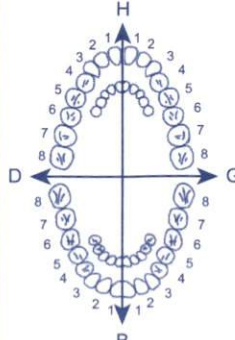
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine -
Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers -
Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية - الليزر

ORDONNANCE

18 mars 2024

Mme EL BADAoui MERIEM

PPR argan ODG

Re. *Rétinopathie diabétique*
polifonct

ELBAKKAL RACHA
Ophtalmogiste

ACCUEIL
CLINIQUE POUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des palmiers et Route
des Facultés p. El
Tél : 05 22 23 49 89



FACTURE

N° 3 532 / 2024 du 22/03/2024

Nom patient	EL BADAoui MERIEM	Entrée	22/03/2024	Sortie	22/03/2024
Prise en charge	PAYANT				

DR. EL BAKKAL RACHA (OPHTALMOLOGISTE)

LASER ARGON (ODG)

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE LASER ARGON ODG	1,00		750,00	750,00
			Sous-Total	750,00
Total Frais Clinique				750,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EL BAKKAL RACHA (ophtalmologiste)	1,00	K	1 050,00	1 050,00
			Sous-Total	1 050,00
Total prestations externes				1 050,00

	Total général	1 800,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE HUIT CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Esèces				Total encaissé	1 800,00	Solde	0,00
		1 800,00						

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés, Oasis - Casablanca
PR : El Casablanca
Tel : 05 22 23 49 89 LG / Fax 05 22 23 49 87

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés, Oasis - Casablanca
PR : El Casablanca
Tel : 05 22 23 49 89 LG / Fax 05 22 23 49 87



INPE 090060914