

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.

N° W21-792443

202514

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1908		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAKROVN RACHID			
Date de naissance : 07/09/55			
Adresse : RES.SOUAD BD.DOUARABII Rue 18 N° 22 Hay el Mers CASA			
Tél. : 0650630007	Total des frais engagés : 1835,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : CHAKROVN - RACHID Age: 69 ans			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hypertension Prevalente			
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 : CASA	Le : 28.04.2024		
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
01/03/2014	()		250DAH	INP : 611000000000000000 Dr. Malika OPHTALMOLOGISTE El-Morabit Rés. Aït M'hamed Ettar 1. Oujda 05 22 97 41 11 09 11 165167
03/03/2014	()			
05/03/2014	()			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr Amina BIDAH Boulevard Ouh Errabbi Hay Hassan Casablanca Tel 05 22 90 12 12	17/03/2014	85.00

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
04/03/2024	1 Monture 2 Verres	3	900 Dhs		Sumicco Optique AGNAQUILLA 7-9 Passage du Grand Socco Casablanca Tél: +212 22 22 33 88

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																	
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	00000000													
G		35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر

Casa le : **01 mars 2024**

Mr CHAKROUN Rachid



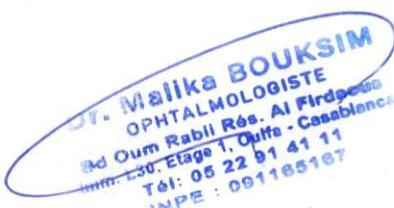
85.00

IA collyre

1 goutte 3 fois par jour , pendant 1 Mois



PHARMACIE OUM ERRABII
Dr Adnane BIDAH
49. Boulevard Oum Errabi Hay Hassani
El Oulfa Casablanca . Tel 05 22 90 88 72



Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaous Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر.....

Casa le : **01 mars 2024**

Mr CHAKROUN Rachid

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.50 (- 0.25 à 80)

OG = + 1.50 (- 0.75 à 96°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

 sumic optique
TAGNAOUTI A.
7-9 Passage du Grand Socco (Sumic)
Casablanca - Tel./Fax: 05 22 27 33 8.

Dr. Malika BOUKSIM
OPHTALMOLOGISTE
Bd Oum Rabii Rés. Al Firdaus
Imm. L30. Etage 1. Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11
INPE : 091185167

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 91 41 11



INPE: 095005997

ICE: 001740389000080

TAGNAOUTI A.

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél. : 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

CASABLANCA - MAROC

ICE : 001740389000080

Casablanca, le 04/03/2024

FACTURE N° 0025143

Dr..... BOUKSIM

M..... CHAKROUN

RACHID

Vision de loin	Vision de près
OD : cyl sph	OD : cyl sph
OG : cyl sph	OG : cyl sph

Double Foyer progressifs	
OD : cyl (0,75 à 80°) sph + 1,50	Add + 2,75
OG : cyl (0,75 à 90°) sph + 1,50	Add + 2,75

Quantité :	Désignation	Prix
1	MONTURE optique	700
2	VERRES progressifs organiques 1,6 Anti Reflet Amincis Durcis	3200

Montant en lettre : trois mille neuf cent Dix francs	TOTAL	3900
RC 202368 casa		Cachet, signature
 sumica optique TAGNAOUTI A. 7-9 Passage du Grand Socco (Sumica) Casablanca Tél./Fax: 05 22 27 33 83		

PATENTE N° 3310598