

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° W19-419372

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5966 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAJJI NOREDDINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0661 966 04 9 Total de Dhs

BENMOUSSA Khacir

Cadre réservé au Médecin

Ophthalmologiste-Homéopathe

Lotissement Haj Faten N°169

Appt. N°1 Oulfa - Casablanca

05 22 89 36 20 - Gsm: 06 66 38 53 36

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/06/2019

Nom et prénom du malade : EL Mehdi HAJJI

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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.

05 SEP. 2019

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 : Aschew Sige/Kam

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20020 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - 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
14/06/15		CS	2.00 DT	INP. 09112625 MOUSSA Khattab Médecin Homéopathe Faites N°169 Blancha

[illegible]

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

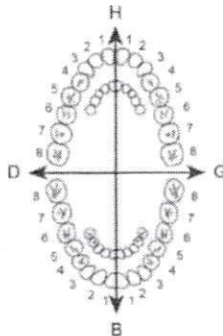
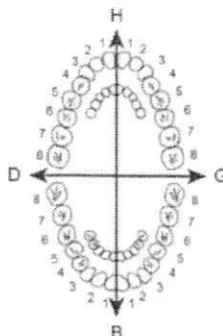
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
<p>OPTIC FREE VISION OPTICIEN - OPTOMETRISTE 7 Bis Ed Konyate Haj Fateh Ouk ABABINCA - Tel: 05 22 90 11 33 ICE: 001789243000028</p>	15/07/19		Monture verres		60000
			<p>ICE: 0017892243000028 RC: 362763 IMF: 0000000000000000</p>		

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			B	00000000	35533411	00000000	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D			B																	
00000000	35533411	00000000	11433553																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

Sur rendez-vous الزيارة بالموعود

Casablanca, le : **14 juin 2019**

Mr. HIJJI ELMEHDI

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.50

OG = + 0.50

OPTIC FREE VISION
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
137 Bis Bd Moukateb El Fatah Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 11 33
ICE: 001793243000028

Dr. BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologiste - Homeopathe
Lotissement Haj Fateh N°169
Appt N°1 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 53 36

Client: **HIJJI**

MEHDI

Le 15/07/2019

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT	+0.50			
OEIL GAUCHE	+0.50			

Vision de Loin :

Monture:

Verres : **VERRES ORGANIQUE
ANTIREFLITES**

Montant de Loin:

OEIL DROIT	150,00
OEIL GAUCHE	150,00
MONTURE	100,00

PRIX T.T.C

400,00

Vision de Prés:

Monture:

Verres :

Montant de Prés:

OEIL DROIT	0,00
OEIL GAUCHE	0,00
MONTURE	0,00

PRIX H.T

333,33

TVA

66,67

Arreté la présente facture à la somme de:

QUATRE CENTS DIRHAMS

OPTIC FREE VISION
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
137 Bis Bd Kouliyate Haj Fateh Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05 22 90 11 33
ICE: 001789243000028

I.C.E : 0017892243000028
RC : 362763
INPE : 095014080