

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-454392

N° D: 11530



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7838

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMAROUCHE

KHALID

Date de naissance :

27/05/67

Adresse :

Tél. : 0661691366

Total des frais engagés :

1586,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Béchila SBAIDI DRISSE
Ophtalmologiste
84, Bd My. Driss 1er - Tel: 05 22 86 06 06
IMPE : 091033100

Date de consultation :

30 OCT. 2019

Nom et prénom du malade :

Amarouche Sami

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Co-joint

Enfant

Nature de la maladie :

vice de refraction

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 :

06 DEC. 2019

Le :

ACQUETTE, 10/10/19

VOLET ADHERENT

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
	CST	Ca	300 DH	Dr. INREFI 091033100 INPE 091033100 30 OCT 2013 Dr. M. DRISSE Ophthalmologiste 34 Bd M. Driss Yer. Tel: 0522 86 06 06 INPE 091033100
30 OCT 2013	3			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
صيادلة منارة الإيمان PHARMACIE JARDIN ISMAM Dr. Samira EL MOSALAMI 13, Bis, Rue de Rome Résider ce Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45	01/09/19	86,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>R.C. 232385, poste</i> <i>Angle Rue de la caserne</i> <i>Maisons</i> <i>TELIFEX : 05 21 21 21 21</i> <i>MAES DICKY</i>	03/02/99	2		visites		
				T	consultation	1200 dt

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophtalmologiste

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

جراحة الساد (الجلالة)

Laser - Lentilles de contact

بالأمواج فوق الصوتية

Phacoémulsification - Strabologie

تخطيط الشبكية الوعائي

Chirurgie réfractive

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le

30 octobre 2019

Enf. AMAROUCHE Sami

186,00

HYE COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, 1 Mois

AS

les deux yeux

PPC 86,00 DH

Lot 541118
2020 11



صيدلية منتزه الإيسسكو
PHARMACIE JARDIN ISESSCO
Dr. Samira EL MOSALAMI
13, Bis, Rue de ROME Résidence NORA
Casablanca - Tél.: 05 22 29 75 45

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste

84, Bd M. Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06
INPE / 091033100

Docteur Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالموجات فوق الصوتية

تحطيط الشبكية المعاي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

Casablanca, le

30 octobre 2019

Enf. AMAROUCHE Sami

Monture pour enfant + verres correcteurs

Filtre lumière bleue

OD = + 0.50

OG = + 0.25 (- 0.50 à 29°)

EIP 52 mm à vérifier svp

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd My. Driss 1er - Tel : 05 22 86 06 06
INPE : 091033100

MAJESTIC VISION
Av. 2Mars Angle Rue Languedoc n° 26
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 22 30 40
N° L : 232385 - Patente: 36334269

MAJESTIC VISION

26 Avenue 2 Mars Angle Rue Languedoc
2 Mars CASABLANCA
Tél: 0522 223040
majesticvision@hotmail.com
R.C 232385 Patente 36334269



I.C.E 000230154000056

I.F: 40260861

I.N.P.E 095006417

CASABLANCA , le : 02/12/2019

FACTURE N° F 19/01566

Ent AMAROUCHE SAMI

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
* 1 MONTURE OPTIQUE	600.00
* 1 VERRE DROIT 1.6 ORGANIQUE A.REFLETS	300.00
* 1 VERRE GAUCHE 1.6 ORGANIQUE A.REFLETS	300.00

Dont TVA (20%)

200.00

TOTAL TTC

1 200.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Mille deux cents Dirhams

MAJESTIC VISION
Av. 2 Mars Angle Rue Languedoc n° 26
Tél: 05 22 22 30 40
R.C. 232385 - Patente: 36334269