

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° P19- 0014969

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ASSAL Abdelaziz Date de naissance : 14.04.1969
 Adresse : 89, Rue EL ANASSER, HAY AL MOUSTAHER, Casablanca
 Tél. : 0661523060 Total des frais engagés : 2600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/03/2024
 Nom et prénom du malade : ASSAL Abdelaziz Age : 54 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Retraité
 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 : Casablanca Le : 21/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
19/03/24		5	22000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
L'ŒIL D'OPTIQUE Abdeladim FLOUTMANI Opticien Optométriste Contactol Résidence Yasmina, N°1, Bd. Mohamed Elmehrik, Salé, Fixe : 05 37 85 03	19/03/24	#2350.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

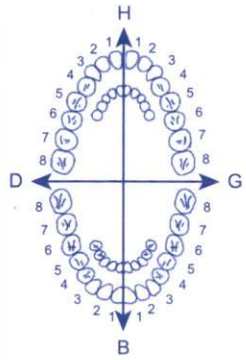
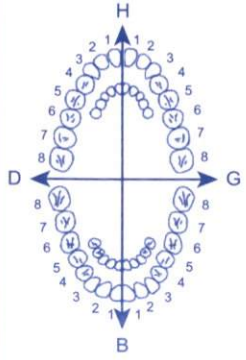
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

L'ÎLE D'OPTIQUE

Abdeladim EL OTMANI

Opticien Optométriste Contactologiste

Résidence Yasmine, N°1, Bd. Moham

Tabriquet, Sale, Fixe : 05 37 85 03

Número : 2298/2024

Facture client

Client

ASSAL ABDELAZIZ

Correction

	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	+2,50	-1,75	90	+2,75
O.G	+2,25	-1,75	75	+2,75

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
MONTURE	MONTURE	1	850	850
Verre	Organique Antireflet Progressif 1.6	2	750	1500

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Mode de Paiement : Espèce

Total HT :

1958,33

TVA (20%)

391,67

Total TTC :

2350,00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Cachet

Abdeladim EL OTMANI
Opticien Optométriste Contactologiste
Résidence Yasmine, N°1, Bd. Moham
Tabriquet, Sale, Fixe : 05 37 85 03

SALE le 15/03/2024

Adresse : 22 BATIMENT YASMINA N1 BD MOHAMMED 5 TABRIKET SALE TEL : 0537850300
ICE : 001857899000083 RC : 45480 Patente : 29000164 IF : 20719524

Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهرية للجلاطة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر باليزر « بوردو »
- طيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

Berrechid le, 11 mars 2024

Mr/Mme: **Mr. ASSAL ABDELAZIZ**

Monture + verres correcteurs progressifs
anti uv Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 2.50 (- 1.75 à 90°)

OG = + 2.25 (- 1.75 à 75°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

UNILE D'OPTIQUE
Abdelattim FLOTMANI
Ancien Optométriste Contractuel
Résidence Yacoubi, 10000, Berrechid
Tabriquet, Sals, Fixe : 05 37 85 03

الدكتورة ماجدولين خالدي
Dr. Majdouline KHALIDI
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
1er Etage N°2 - Berrechid - Tels: 22 51 71 51