

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
N° P19- 0038769

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.

Ophtalmologie 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.

Prothèse 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

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2768 Société : RAM RETRAITEE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FOUZI HILALI

Date de naissance : 07-08-58

Adresse : HAY 74 ABDELLAH RUE 99 N° 5
Bd TAZA - AIN CHOEK - CASA

Tél. : 0600376166 Total des frais engagés : 1138,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : HILALI FOUZI Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : VUE 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 : CASABLANCA Le : 02/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
30 Sept 2019	C.S.		200DH	Dr. A. MORAFIQ OPHTALMOLOGISTE Agrement n° 123456789 Bd. Mohamed VI, Res. M-1, 31 Casablanca - Tel.: 05 22 81 23 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.10.19	909
	30/09/19	38,50

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

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B		B																							
				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

Docteur A. MORAFIQ

Ophthalmologiste

Chirurgie de Cataracte - Glaucome

Strabisme - Voies lacrymales

Paupières - Lentilles de Contact

Angiographie - Laser

Casablanca. le



الدكتور ع. مرافق

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق (ضغط العين)

الحول - مسالك الدموع - جراحة الجفون

العدسات اللاصقة - تصوير شبكة العين

العلاج بأشعة الليزر

الدار البيضاء، في

30 Sept 2019

Mme HILALI Fouzia

38.50

siccafluid

1 gte x 3/;

38.50

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

14.2218

PHARMACIE INES
صيدلية اناس
Dr En Pharmacien
BENCHIKH B.

Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tél.: 0522 50 24 80

Dr A. MORAFIQ
OPHTALMOLOGISTE
Adressé pour le soin de conduire
Boulevard VI Res. Majid 1
Casablanca - Tél.: 05 22 81 23 33

شارع محمد السادس - إقامة ماجد 1 الطابق 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 81 23 33

Bd. Mohamed VI - Résidence Majid 1 - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 81 23 33

Docteur A. MORAFIQ

Ophtalmologiste

Chirurgie de Cataracte - Glaucome

Strabisme - Voies lacrymales

Paupières - Lentilles de Contact

Angiographie - Laser



الدكتور ع. مرافق

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق (ضغط العين)

الحول - مسالك الدموع - جراحة الجفون

العدسات اللاصقة - تصوير شبكة العين

العلاج بأشعة الليزر

الدار البيضاء، في

Casablanca, le

30 Sept 2019

Mme HILALI Fouzia

ettes V.L

OD + 1,25 (25° - 0,25)

OG + 1,50

ettes V. pres

ODG + 2,75 Add ~~hyperopie~~
- 2 montures
- verres organiques
- antireflet

BEN BACHIR
OPTIC
47, Bd Taza Inara II Casablanca
Tél : 0522 87 40 44

Dr. A. MORAFIQ
OPHTALMOLOGISTE
Agrem. - Tél.: 05 22 81 23 33
Rég. Méd. 1
Dr. A. MORAFIQ
OPHTALMOLOGISTE
Agrem. - Tél.: 05 22 81 23 33
Rég. Méd. VI, Res. M
Casablanca - Tél.: 05 22 81 23 33

شارع محمد السادس - إقامة ماجد 1 الطابق 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 81 23 33

Bd. Mohamed VI - Résidence Majid 1 - 2^{ème} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 81 23 33

BEN BACHIR OPTIC

47, Bd Taza Inara II Casablanca
Tél : 0522 87 40 44

Le 01.10.19

Facture N° 14

M.^{me} Hilali Fouzia

Quantité	Désignation	Prix	Montant
VL			
1	monture	400	
2	verres optiques		
	Blanc anti-reflet	300	
VP			
2	verres optiques		
	Blanc durci		
	résistants aux		
	égratignures	200	
	T	900	
	RC 243051		
	Patente 340916	86	
	ICE 0016435	83000080	
<p>BEN BACHIR OPTIC 47, Bd Taza Inara II Casablanca Tél : 0522 87 40 44</p>			