

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.

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.

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



Déclaration de Maladie

Dos n° 10398
N° W19-483228

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03461 Société : RETRAITE - RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAHAD - LAHCEN

Date de naissance : 01-01-54

Adresse : BP 821 PPL - LAAYOUNE SAHARA - MAROC

Tél. : 06 68301847 Total des frais engagés : 2475,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/19

Nom et prénom du malade : Courmer

Age :

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

Nature de la maladie : Connection optique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-483228

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

[illegible][illegible]

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

[illegible]

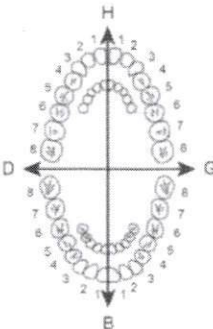
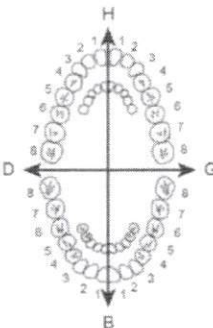
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DALI Hicham

Ophthalmologiste

-Chirurgie de la cataracte (phako)
-Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
-Angio laser - OCT - PENTACAM
-Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer
(Myopie, Hypermetropie, Astigmatisme)

Diplômé de faculté de medecine de Rabat
CHU Avicenne



الدكتور دالي هشام

اختصاصي في طب و جراحة العيون
- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - اللايزر
- تصحيح البصر لاليزك

خريج كلية الطب بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

Laâyoune le , 31/10/2019

Melle Moujhad Salwa



ZALERG ODG

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 1 mois)



6 118001 102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Pharmacie Oud EDDAHAB
Dr. HANANI MUSTAHA
Ordonnance Minucelle
Av. 144 Laâyoune
TEL: 05 28 89 10 37

Docteur DALI Hicham
Ophthalmologiste
Tél: 05 28 89 10 37
ICE: 0019878000028

E-mail: dr.dalihicham@gmail.com

Angle Bd Smara et Bd mezoir imm Salam N° 304
Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune
Tél. : 05 28 89 10 37
ICE : 0019878000028

ملتقى شارع سمارة وشارع مزوار عمارة السلام رقم 304
مكتب رقم 3 فوق المركز التجاري وني - العيون
الهاتف : 05 28 89 10 37
التعريف المشترك للمقاولات : 0019878000028

Docteur DALI Hicham

Ophthalmologiste

-Chirurgie de la cataracte (phako)
-Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
-Angio laser - OCT - PENTACAM
-Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer
(Myopie, Hypermetropie, Astigmatisme)

Diplômé de faculté de medecine de Rabat
CHU Avicenne



الدكتور دالي هشام

اختصاصي في طب و جراحة العيون
- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايذك

خريج كلية الطب بالرباط
المستشفى الجامعي ابن سينا

Laâyoune le , 31/10/2019

Melle Moujhad Salwa

Monture + verres correcteurs

VL OD : -12 (15° -3)
OG : -9.50 (155° -3)

Docteur DALI Hicham
Ophthalmologiste
Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune
Tél : 05 28 89 1000 / 3131
ICE : 0019878000028

ANASSER CHAAB
Opticien Optométriste
Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune
Tél : 05 28 89 1000 / 3131
ICE : 0019878000028

E-mail: dr.dalihicham@gmail.com

Angle Bd Smara et Bd mezoir imm Salam N° 304
Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune
Tél. : 05 28 89 1000 3131
ICE : 0019878000028

ملفني شارع سمارة وشارع مزوار عمارة السلام رقم 304
مكتب رقم 3 فوق المركز التجاري وني - العيون
الهاتف : 05 28 89 1000 3131
التعريف المشترك للمقاوالات : 0019878000028

OPTIQUE CHAAB

CODE INPE

ICE : 001485820000023

IF : 76146559

R.C : 22207

PATENTE : 48153731



FACTURTE N° 802/2019

Date : 01/11/2019

Patient : Mlle. MOUJHAD SALWA

Médecin : Dr. DALI HICHAM

Païement : Espèce

Type verre	Correction	Cota tion	Quant ité	Prix
ORGANIQUE BLANC ANTIREFLET 1.67 (vision de loin)	O.D : -12.00 (-3.00) 15	420	1	800.00
	O.G : -9.50 (-3.00) 155	419	1	800.00
Monture	Plastique		1	600.00
Total				2200.00

**Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX
MILLE DEUX CENT DIRHAMS.**

ADRESSE : Bloc F 2 N° 60 Cité DAKHLA AGADIR
05 25 09 15 06

OPTIQUE CHAAB
Bloc F2 N°60 Cité Dakhla AGADIR