

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-505947

ND: 32002

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12648	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ENNAYAR OUSSAMA			
Date de naissance : 08/05/1988			
Adresse : Glacis Nejaceur 17 App 92 Nejaceur Casablanca			
Tél. : 0693836908		Total des frais engagés : 1872,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/01/2020			
Nom et prénom du malade : ENNAYAR OUSSAMA Age : 31			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affec Ben Yakkha			
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.			
Signature de l'adhérent(e) : ENNAYAR OUSSAMA Date : 29 JUN. 2020			

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 : **28/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **ENNAYAR OUSSAMA**

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
12/2010	125	1	3030	INP : 001074039 A. Meriem HAROUEH Ophthalmologiste www.jasik.ma Rue des Hôpitaux - 3ème étage En face des 3e étages Averoe 091074039

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/2020	172,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
الاختصاصية في أمراض
و جراحة العيون

Casablanca, le....06/01/2020...

Mr. ENNAYAR Oussama



Lunettes pour VL

OD = - 0.50 (- 0.75 à 180°)

OG = - 0.75 (- 1.00 à 170°)

Verres organiques anti-reflets.

83.00

PHYLARM UNIDOSE (FROID À 4°)

1 lavage matin et soir, dans les deux

83.00

VISIONLUX

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux



Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm



16 u HER MEDIC
PPC 83.00 DHS de 10 ml

À quelle fois
que l'œil est irrité

Pr. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste
www.lasik.ma
44, Rue des Hôpitaux - 3ème étage
En face des Urgences Aéroport
INP : 011074039

44, Rue des Hôpitaux -
Tél./Fax : 05 22 27 00 21 - Tél. : 05 22 49 25 21

Rayon Optique

Facture N° : 142/2020

Rabat, le : 18/02/2020

NOM : MR ENNAYAR OUSSAMA

Arrêté la présente facture à la somme de mille quatre cents dirhams et zéro centimes toutes taxes comprises.

79, Avenue Oqba Agdal Rabat-MAROC Tél : 05 37 68 68 11

Patente : 25771016