

## 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.

### Radioologie 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-587193

MD: 53703

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09081

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASMI RAHIID

Date de naissance :

22/10/31/1964

Adresse :

Tél. : 0163352444

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/11/2020

Nom et prénom du malade :

ASMI MARWA ALAG

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

conjunctivite

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.

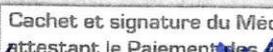
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/11/2020

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
19 01/01 2010	5		2500 DM	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  
02/01				

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

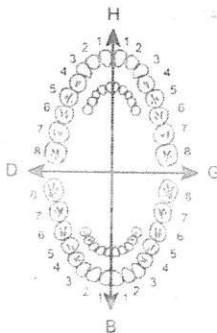
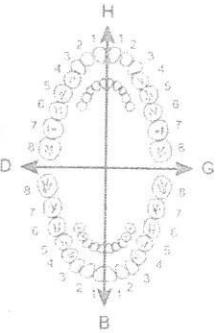
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partenaire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>EL MABROUK OPTIQUE</b> Opticien Opticien IS2 - Contadologue GH 2 Al Barakat El Boumra 18 N° 2 Casablanca - Tel: 07 00 88 21 11 email : alamaloptique@gmail.com	Se 30/11/2010					Monture: 100 Verres correcteurs Total: 3000

# 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>																			
DEBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>																			
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>																			
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>																			
DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>																			
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>																							
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		00000000	35533411		11433553	B				
	H	G																					
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D																						
	00000000		00000000																				
	35533411		11433553																				
	B																						
					<input type="text"/>																		
					<input type="text"/>																		
					<input type="text"/>																		
					<input type="text"/>																		
					<input type="text"/>																		
					<input type="text"/>																		
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
				<input type="text"/>																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																							

# EL MABROUKI OPTIQUE

GH2 AL BARAKA BATIMENT 18, N°2  
HAY HASSANI CASABLANCA

## Facture

N° DE FACTURE 202010/029

DATE : 30/11/2020

Cliente:Mlle ASMI MARWA Alae

DÉSIGNATION	MONTANT
Monture Cerclée	100
Verres correcteurs organiques protection anti lumière Bleue	150
OD: Plan OG:Plan	
TOTAL TTC DHS	300

Arrêtée la présente facture à la somme de :

\*\*\*\*\*trois cent dirhams\*\*\*\*\*

Mode de Règlement : Par Chèque ou Espèce.

**EL MABROUKI OPTIQUE**  
Opticienne Optométriste - Contactologue  
GH 2 Al Baraka Bâtiment 18 N° 2  
Casablanca - Tél: 07 00 68 21 11  
email : alamaloptique@gmail.com

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

البيانات  
الوقت / تاريخ الإنتاج /  
FAB / EXP /  
H5489  
01-2020  
12-2021

ZENITH PHARMA  
PPV : 75.00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

Contactologie  
Strabologie

البكتيرية بوصفيه مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
اللايزر.....

Casa le : 02 Décembre 2020

Mlle ASMI Marwa Alae

Monture pour enfant + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = + 0.25

OG = + 0.25

75.00

LEVOPHTA: COLLYRE



1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

PHARMACEUTIQUE OUM RABII  
49, Boulevard Gharbi El HASSAN II CASABLANCA - Tél: 05 22 91 72 - Fax: 05 22 91 12 65

Dr. SOUKRISSA M.  
Ophtalmologist  
Oculist - Optician - Eye Specialist  
Dr. Oum Rabii  
Residence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11