

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 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 à caractère personnel.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 10190	Société : RAF	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : NBIGA Mohamed		
Date de naissance :		
Adresse : Rue F3 N° 27 GPO, OULFA CASA		
Télé : 062 712 285 Total des frais engagés		
Ophtalmologue		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Tél : 062 89 24 93 / 05 22 99 24 58		
Date de consultation : 05/09 / 2015		
Nom et prénom du malade : NBIGA Mohamed Age : 30		
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> En		
Nature de la maladie : Vu chez Dr BENKIRANE Amina		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr BENKIRANE Amina		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à Dr BENKIRANE Amina Tél : 062 89 24 93 / 05 22 99 24 58		
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : 0 SEP 2015		
Signature de l'adhérent(e) :		

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
		D. BENKIRANE AITIHA Opticien 90000		INP : <input type="text"/>
		Ast. 3d. Sidi Abderrahmane et Rte d'Azemmour Entrée «A»		
		05 22 89 24 95 / 05 22 90 24 58		

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>SOUADA</i>	<i>09/09/19</i>				<i>38000 Dh.</i>
<i>16, bd Hay Hassani Hay Hassanien - Casablanca tel: 022 93 83 71 FAX 022 50 37 71</i>					

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>							
CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>						H		G	D		B
H		G									
D		B									
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>						H		G	D		B
H		G									
D		B									
[Création, remont, adjonction]											
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Dr. BENKIRANE Amina

Diplômée de la faculté de médecine de Montpellier

C.E.S. d'Ophtalmologie

Maladie et Chirurgie des yeux

Angle Bd. Sidi Abderrahmane

et Route d'Azzemmour,

Entrée <>A>, 2^{ème} étage Appt 3

Tél.: 05 22 89 24 93 / 05 22 90 24 58

Aut. 9643 - ICE : 00174558 9000039

الدكتورة بن كيران أمينة

خريجة كلية الطب بمونبليي

شهادة الدراسات العليا الفرنسية للعيون

أمراض وجراحة العيون

زاوية شارع سيدى عبدالرحمن

طريق أزمور، مدخل أ، الطابق 2 شقة 3

الهاتف : 05 22 90 24 58 / 05 22 89 24 93

Casa. Le

5/9/2019

البيضاء في

Un
Vis
Aut
App

NBICA normal

func. Pwr

func. Ld.

OD : $(70^\circ - 0,50) + 1$

OS : $(80^\circ - 1) + 3,50$

VB

gdc : + 2,50

Adol

~~SOUDA~~
16. Bd Hay Hassar
Hay Hassani - Casa
022 83 83 71
022 83 75 15

Dr. BENKIRANE Amina
Ophtalmologue

Ang. 3d. Sidi Abderrahmane

et Rte d'Azzemmour - Entrée «A»

Tél. : 05 22 89 24 93 / 05 22 99 24 58

NBIGA
Mohamed

BON DE LIVRAISON

Souda
Hay Pratiani

LE: 09/09/19

COMMANDÉ N

CONDITIONS DE PAIEMENT :

COMMANDE N°	DESIGNATION	P.U	TOTAL
QUANTITE			
1	Monture de lunette		800 dh
2	Verre organique progressif		
	OD: +1,00 (-0,50 à 70°)		
	OC: +1,50 (-1,00 à 80°)		
	Add: +2,50		
		1150	
			1500 dh
			1500 dh
			3800,00

Reçu les marchandises ci-dessus en bon état

A.....le.....

SOUADA Hay Hassar
16, Bd Afghanistan
Hay Hassani - Casa
Tel. 022 93 83 71
Fax 022 90 74 15