

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0933 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Retraite'

Date de naissance :

1943 - TAOURIRT.

Adresse :

14 Rue Bellalouch Elhassan Oasis

CAZABLANCA

Tél. : 06 67 40 15 07

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

OPTICALMOLOGISTE

Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94

Rez de Chaussée - Casablanca

Tél. : 05 22 86 03 51

Date de consultation :

03 SEPT 2019

Nom et prénom du malade :

MAALIA MIMA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vice

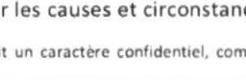
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :


MUPRAS

14 OCT 2019

04 10 2019

2019



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
CS			850 Dhs	INP : [REDACTED] Dr. OTHMANI MOUKRI Relevé de Frais et Honoraires Casablanca 03 Sept 2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	09/09/19	40001782127000003	4F: 40171564	RC: 409976	Patente: 34712750	1600 Dhs

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

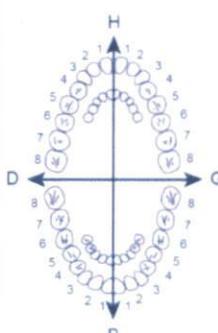
Veuillez joindre les radiographies en cas d'orthèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
G	00000000	00000000	DATE DU DEVIS [REDACTED]
B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]



[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

SPECIALISTE
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE
DES YEUX
ANGIOGRAPHIE - LASER
Ex- MAITRE ASSISTANTE
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE CASABLANCA



اختصاصية
في أمراض و جراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

أستاذة مساعدة سابقا
 بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 03 SEPT 2019 الدار البيضاء، في

Mme MAALLA Mina

OPTIQUE D'USKATI
Souk Ennajib Challef N° 1
Casablanca USM : 0561 8. 01 17

VERRES DE LOIN+ANTIREFLETS

Oeil Droit : (178° -1,75) -5,25

Oeil Gauche : (163° -1,25) -3,25

PD = 64.5 mm

.....
.....
.....
.....
.....

LAMTIRI MOKRIM Laila
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94
Raz de Chaussée - Casablanca
Tél. : 05 22 86 08 51

Optique Douskati

نظارات دوسكاتي

Souk Ennajd Derb Ghallef N° 1 - Casablanca

سوق النجدة درب غلف رقم 1 - البيضاء

FACTURE

Patente : 34712750

Casa le 09/09/19



N° 0006462

NOM : MAALIA

PRENOM : MINA

DOCTEUR

LAMTAKI
MOHAMED ABDALLAH

PRIX

OD : AXE 178 CYL 1.7 SPH 5.91 400
VL

OG : AXE 163 CYL 1.8 SPH 3.2 400

OD : AXE CYL SPH

VP

OG : AXE CYL SPH

Verres 0.7 mm PH pour car

Monture 0.7 mm

Facture Arrêtée à la somme de :

ICE: 001712121
RF: 40171564
RC: 409976
Patente: 34712750
0006462

400 -

1600 -