

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 | adhession@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° W19-503617

ND: 31950

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

6734

Dentaire

Société :

CHAROF-SOUAD.

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661 30 40 84

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. Med. HAMDAI
OPHTHALMOLOGISTE

24 Rue Imane Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 20 06 77

Cachet du médecin :

CHAROF-SOUAD 16-04-65

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidential 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) :

Pr. Med. HAMDAI
OPHTHALMOLOGISTE

24 Rue Imane Alloussi - Bourgogne - Casablanca

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
09/31/2020	CS-1F0	309 →		  <p>ANAM 07188k ALMOJGISTRO MANADANI 21/03/2021 Dr. ALMOJGISTRO ANAM</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
OXALIS OPTIQUE	23.620 Agency				2200.22
6, Av. des F.A.R - Casablanca					
Tél. : 4212 522 20 20 44					

- VOLET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
				<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				H	25533412	21433552															
				D	00000000	00000000															
				B	35533411	11433553															
G																					
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>					MONTANTS DES SOINS																
					DATE DU DEVIS																
					DATE DE L'EXECUTION																

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

٩/٣/٢٠٢٠
الدار البيضاء في :

Dr. Dr. Dr. Dr.
J. J. J. J.

$$OD = (155^{\circ}, -1150) - 3,00$$

$$Og = (70^{\circ}, -1100) - 3,00$$

OXALIS OPTIQUE
Regency
6, Av. des FAR - Casablanca
Tél. : +212 32 20 20 44

Pr. Med. HAMDANI
Dr. HAMDANI
24
Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél. : 0522 26 66 77
Fax : 0522 26 66 77
51/46 - Bourgogne - Casablanca

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورگون، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr



OXALIS OPTIQUE

Regency

6, Av. des F.A.R - Casablanca
Tél. : +212 522 20 20 44
E-mail : oxalisoptique@gmail.com

N° 000138

CHARAF SOUD

Casablanca, le 23.06.20..

Ordonnance de M. le Docteur

MHAMMAD HAMDAI

<i>N° de nomenclature</i> <i>correspondants à la prescription</i>	<i>Près</i>	OD =
D. F. OD = OG =	Loin	OD = (ASC-15)3 OG = (AO-1)3

FOURNITURES

2 Verres 21143600 ANTIA & FER 1000.00.00.00.

<i>Montures</i>	<i>TOTAL H.T</i>	<i>T.V.A</i>	<i>TOTAL T.T.C</i>
	1200.00.00.00.		2200.00.00.00.

Arrêtée la présente Facture à la somme de 2200.00.00.00.
Cont 214.00.00.00.