

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

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° W19-517186

ND: 32403

SN

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : <i>RAM</i>	
Matricule : <i>1020</i>	Nom & Prénom : <i>NASSIB NOUVE A</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <i>31/07/1984</i>		Adresse : <i>Les EL MANSOURA BD GITANDI</i>	
Tél. : <i>0664868061</i>		Total des frais engagés : <i>2020</i> DHS	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <i>DR CHAHSI Mohammed Ophthalmologiste 544 Boulevard panoramique californie, Casablanca Maroc</i>	
Date de consultation : <i>06 JUL 2020</i>	Age : <i>35</i>
Nom et prénom du malade : <i>ANAS</i>	
Lien de parenté : <i>Conjoint</i>	
Nature de la maladie : <i>Appel de l'œil</i>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>En cas d'accident</i>	
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* Le : *06 JUL 2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
EXTRA OPTIC Patient Optométriste 115, Bd Ghandi - Casablanca	19/06/20					1.000 org AR J.Kodak rente Flomax 100 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 de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" 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> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553
					H	G																
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D																	
					00000000																	
					35533411																	
					B	11433553																
					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"/>																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

Facture



Facture N° : 243
Date : 2020-06-19
Client : AMAMA
 YANIS

**SOCIETE EXTRA
 OPTIC**
 115, Bd Ghandi
 Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	-1.75	-0.50	170	
VLG	-1.25	-0.50	180	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	KODAK AR	1	200.00	200.00
2	KODAK AR	1	200.00	200.00
3	GRATUIT ENF GENF N	1	100.00	100.00

TVA	20%	Total TVA	83.33
Total HT	416.67	Net à payer	500.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

cinq cents Dirhams

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE
(Maladies et Chirurgie des yeux)
Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER
du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie
de la fondation Rothschild-département
d'Oculo-plastie
Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق ببريطانيا و بالمركز الفرنسي للعيون

15-20 و بمدنسة جراحة العيون

روتشيل بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

طبيب تصريح البصر بالليرك

15/06/2020

M. AMAMA YANIS

$$\begin{cases} \alpha = -1,25 (-0,5 - 170) \\ \beta = -1,25 (-0,5 - 180) \end{cases}$$

Dr. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, casablanca, maroc
casablanca, maroc
Tél.: 05 22 86 46 18 / 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 86 46 21

~~EXTRA OPTIC~~
Opticien Optométriste
115, Bd Ghandi - Casablanca