

ND,  
Optique 36703

Autres

nditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : 1196 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JAYED ZOUBIDA

Date de naissance :

Adresse : Habituelle

Tél. : 0668944712 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur A. BRITEL  
OPHTHALMOLOGISTE  
49, Rue Tata - Casablanca  
Tel: 022.27.00.15/022.27.00.20

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ENNASIH ZOUBIDA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affectueuse maladie

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 Le : 03/10/2008

Signature de l'adhérent(e) : Jayed

ACQUETTE

Actes

## Actes

300,000 DH

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

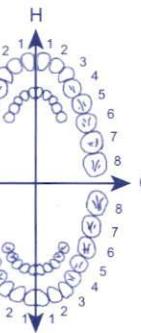
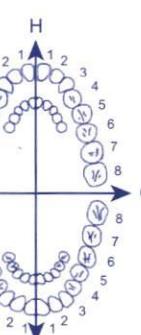
## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins          | Coefficient |                         |
|--|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
|   |   |                           |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |                           |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |                           |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |   |                           |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | D<br>00000000<br>35533411                 | B<br>00000000<br>11433553 |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |                           |             | DATE DU DEVIS           |
|  |   |                           |             | DATE DE L'EXECUTION     |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION