

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.

N° W19-525394

39155

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3502	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SABIR NOLAD			
Date de naissance : 01/01/1943			
Adresse : 38 Rue Ahmed Z. Beldi Benjelloula			
Tél. : 0663 342 067 Total des frais engagés : 2600 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SABIR FAÏM NOLAD			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : OPHTALMOLOGISTE			
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.

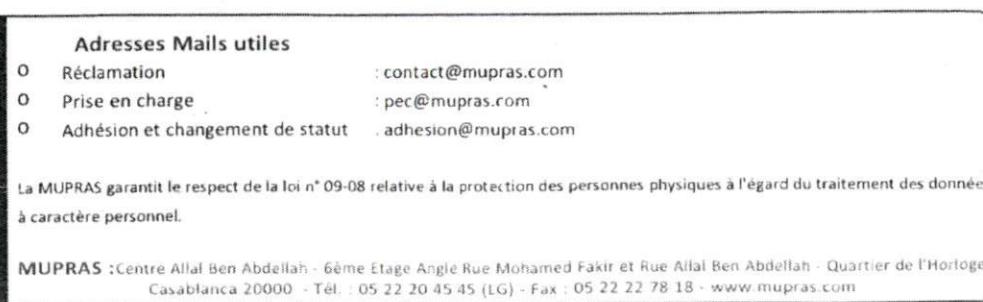
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08 SEP. 2020







RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
 NETTESS LA VIE Mohamed ROKNEDDINE Opticien Optométriste 1000 Bloc (EF) N°115 - Casablanca 05 22 80 02 81	20/08/2020					24000.00	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The vertical axis is labeled 'H' at the top, and the horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The grid is bounded by a thick black line. The circles are arranged in a pattern: the top row has circles at (1,1), (2,1), (3,1), (4,1), (5,1), (6,1), (7,1), (8,1), (9,1), and (10,1). The bottom row has circles at (1,10), (2,10), (3,10), (4,10), (5,10), (6,10), (7,10), (8,10), (9,10), and (10,10). Between these two rows, there are two rows of five circles each, labeled (1,2) through (1,6) and (10,2) through (10,6). The remaining 36 positions in the grid are empty. The labels 'D', 'G', and 'B' are placed at the intersections of the axes: 'D' at (1,5), 'G' at (5,10), and 'B' at (5,5).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

نظارات الحياة

LUNETTES DE LA VIE

Bloc (EF) Souk Koria N° 116

Casablanca

Tél. : 0522 80 87 96 / 80 02 81

R.C. : 247708 - I.F. : 45519260

Patente : 36611440

ICE : 000885021000189

FACTURE

سوق القرية بلوك اف رقم 116
البيضاء

N° 000493

الهاتف : 0522 80 87 96 / 80 02 81

R.C. : 247708 - I.F. : 45519260

Patente : 36611440

ICE : 000885021000189

Casablanca, le : 20/08/2020

M. Sabir Estime

Doit

Docteur A. Benkiran

Nomenclature N° 432

OD : cyl sph -0.25 (-0.50 à 1.20°) 9,00,-

OG : cyl sph -0.50 (-0.50 à 0.50°) 9,00,-

VP OD : cyl sph Add. +3,-

OG : cyl sph Add. +3,-

Verres Progressif oxygénique plus

Montures : optique Ø 6,- 6,00,-

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Deux mille quatre cent et 77 2400,00

نظارات الحياة
LUNETTES DE LA VIE
Mohamed ROKNEDDINE
Optician Optometrist
Souk Koria Bloc (EF) N° 115 - Casablanca

Souk Koria Bloc (EF) N° 115
Tél: 0522 80 02 81 OG



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



71674

14 juillet 2020
Casablanca le :

SABIR Fatima

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL :

OD = - 0.25 (- 0.50 à 120°)

OG = - 0.50 (- 0.50 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

نظارات وصحبة
LUNETTES LA VIE
Mohamed BOKNEDDINE
Ophtalm Clinique
Sous Kores Bloc (EF) M 115 - Casablanca
Tél: 05 22 80 02 81

A. BLOMQUIST
Doktoren
Doktoren

Urgence 24/24