

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578

Société : RAM

41963

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABHAMILCHI M'hamed

Date de naissance : 47

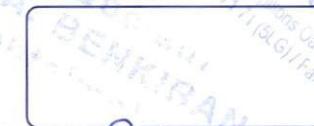
Adresse : BU KASA NOUZHA, R.F. 1H, T.M 2, prs de MAAZ,

Casab.

Tél. : 06-61-18-17-61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23.09.2020

Nom et prénom du malade :

Age :
29

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Alc

oculair

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
cas

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 :
29 Sept. 2020

Le :
29 Sept. 2020

Signature de l'adhérent(e) :
Signature

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
23092	CH		00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 GREAT OPTICAL YOUNIANE SARL MOROCCOMALL - CASABLANCA ICE : 000102316000028 TEL : 05 22 79 74 42	25/10/21 2020		deux	lunettes		2 600 DH

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



81501

Casablanca le

23 septembre
2020

Mme KHAMLICHI Khadija

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Organiques Antireflets

VL :

OD = Plan

$$OG = -1.50$$

**GREAT OPTICAL
YOUNIMANE SARL
MOROCCOMALL - CASABLANCA
ICE : 00010231600028
TEL : 05 22 79 74 42**

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OG = Add : + 2.75

**CLINIQUE
OPHTALMO CASABLANCA**
Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis 115
Tel : 0522 257171 (SLG) | Fax : 0522 251115

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 00207719900057

GREAT OPTICAL

YOUNIMANE SARL
MOROCCO MALL
ICE : 000102316000028

FACTURE : 89
DATE : 25/09/2020
CLIENT : KHAMLICHI KHADIJA

CORRECTION :

	CYL	AXE	SPH	ADD
OD			PLAN	+2.75
OG			-1.50	+2.75

DISIGNATION	PRIX
2 MONTURES OPTIQUE	1600.00DH
VL : 2 VERRES ORG ANIQUESANTI –REFLET	500 :00
VP: 2 VERRES ORG ANIQUESANTI –REFLET	500 :00

TOTAL	2600.00DH
-------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme : DEUX MILLE SIX CENTS DHS
MODE DE PAIEMENT : ESPECE

GREAT OPTICAL
YOUNIMANE SARL
MOROCCOMALL - CASABLANCA
ICE : 000102316000028
TEL : 05 22 79 74 42

Morocco Mall, 1^{er} étage Casablanca Maroc
TEL : 00212522797442-E-mail : braika19@hotmail.fr
I.F : 40391402-T.P : 35773697 R.C : 216945-I.N.P.E : 095022489-ICE : 00010231600002