

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 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.

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 | 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° W19-560516

ND: 44385

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6862

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FAIK KHALID

Date de naissance : 07.06.1965

Adresse : Habtuelle

Tél. : 0664775451

Total des prestations :

2500 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/07/2020

Nom et prénom du malade : FAIK KHALID

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie : Allergie

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/08/2020			200 Dhs	 INP : 0910013135

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		19, AV. Hassam I

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
17.08.2020 Abd Abou Choufek Sidi Maârouf	26.08.2020					69300

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

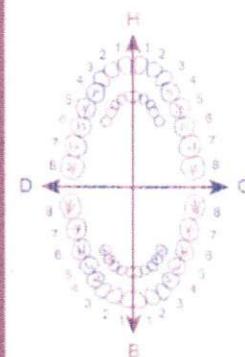
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur ASRARGUIS Mohamed

Ophtalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie Vitreo-rétinienne

Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification

Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R



الدكتور أسرارجيس محمد

إخلاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريز

جراحة وأمراض الشبكة

جراحة الجلالة بالفاكس

طب الحول - راديو الشبكة - أشعة الليزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السيادة

خبير مخلف لدى المحاكم

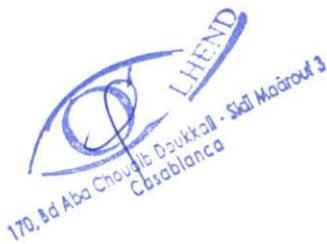
08/08/2020

Enfant FAIK Nada

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : -3,25 (-2,00) à 175°

Oeil Gauche : -1,75 (-1,50) à 160°



شارع الحسن الثاني الدار البيضاء (مقابل ورقة المدارس) - الهاتف : 0522.49.12.91/05.22 27.50.45
19, Avenue Hassan II - 3ème étage - Casablanca (Face Librairie des écoles) - Tél : 0522.27.50.45 / 0522.49.12.91

Fax : 05.22.27.44.88 / E-mail : m.asrarguis@hotmail.fr



Facture N° 0004985

Casablanca, le : 26. 08. 2020

Mr (e) : FAIK NADA

N°de nomenclature: VL / VP

Docteur : ASRA RGOIS

1 Monture : Plastique 1100,00

2 Verres : ORMA antireflet 1200,00

VL OD : (175° ; -2,00) 3,25

VL OG : (160° ; -1,50) 1,75

VP OD :

VP OG :

Total : 2300,00

Arrêtée la présente facture à la somme du:

deux mille trois cent DH

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maârouf 3
Casablanca