

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° W21-696814

134332

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11692</u>		Société : <u>Ram</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>ANTRONIC AIR</u> <u>ICAAUD 0</u>
Nom & Prénom : <u>Amnou Plah Marouane</u>			
Date de naissance : <u>06/03/1972</u>			
Adresse : <u>Nisini Nefu 17A 172 367A ouf</u>			
Tél. : <u>0661871377</u>		Total des frais engagés : <u>2.100.000 Dhs</u>	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>15.10.2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Amnou Plah Marouane</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>3 de l'oeil visuelle</u>			
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 : CAZA

Signature de l'adhérent(e) :

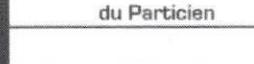
Le : 18/10/22

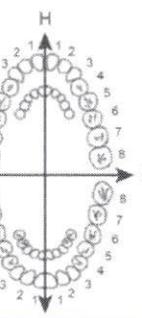


MUPRAS
25 Oct. 2022
ACCUEIL

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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 Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
 Actual Optic Opticien Lubetier Opticien 99 Lubetier Tél: 05 55 55 55 55	18/10/2022					1800,00 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 l'ODF.														
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
		INP : <input type="checkbox"/>												
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
		DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="checkbox"/>												
		FIN D'EXÉCUTION <input type="checkbox"/>												
ODF PROTHÉSES 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;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	00000000	G	11433553	D	35533411
H	21433552													
D	00000000													
B	00000000													
G	11433553													
D	35533411													
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>												
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>												
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="checkbox"/>												



مركز العيون بير أنزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة جامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le : 15/10/2022

الدار البيضاء في

Amnoullah Maroc

Verres correcteurs : lunettes : anti-reflet

$$\text{OD} = -2 \left(-0,50 \text{ à } 80^\circ \right)$$

$$\text{OG} = -2,75 \left(-0,50 \text{ à } 90^\circ \right)$$



Actuel Optic

TOUT NOTRE SAVOIR FAIRE POUR VOUS SATISFAIRE

Facture

DATE : 18/10/2022

NOM ET PRENOM

Amroullah Marouane

Facture N° : 399/22

Désignation	Quantité	Unité	Prix unitaire	Total
Monture	1	u	600,00	600,00 DH
Verres eng AR Amincis: OD: -21-0,50 à 80° OS: -2,75 (-0,50 à 90°)	2	u	600,00	1200,00 DH
MONTANT TTC à 20% DE TVA INCLUSE				1800,00 DH