

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 : adhesion@mupras.com

Le 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

Déclaration de Maladie

Nº P19- 060873

A36903

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6366 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ASSOULI SAÏD

Date de naissance : 01/01/1961

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06-61-60-50-22 Total des frais engagés : 2950 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/22

Nom et prénom du malade : AïSSA YABIHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : mal de reflux

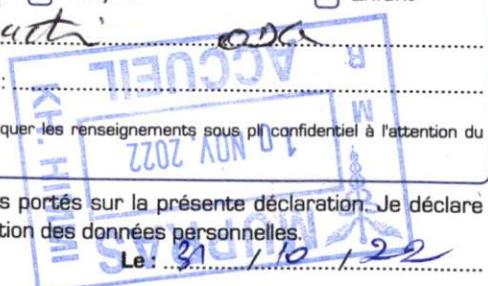
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/10/22 | G | | 250.000 | Dr. A. Bellah BOU Ophtalmologue Casablanca Casablanca 05 22 47 22 45 05 22 47 14 72 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| INPE: 095016408 | 8/11/22 | 270.000 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | 25533412 | 21433552 | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS |
| | H | 25533412 | 21433552 | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | DATE DE L'EXECUTION |

Biooptic

37 Abderrahmane Sahraoui

Casablanca

TEL: 0522481155

FAX: 0522481155

E-mail:biooptic1@gmail.com

Date:08/11/2022

FACTURE

NOM:AINEB

PRENOM: NABIHA

OD:+2.50

OG: +2.50

ADD :

MONTURE:

VERRES:

Organique blanc antireflet
aminci

| |
|---------|
| 1300.00 |
| 1400.00 |

TOTAL:

2700.00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

deux mille sept cents DHS

INPE: 095016408
37, Abderrahmane Sahraoui
Casablanca - Tel: 0522 48 11 55
Opticien Optique
Bioptic
Opticien Optometriste
Aine Nabiha
37, Abderrahmane Sahraoui - Aine Nabiha
Casablanca - Tel: 0522 48 11 55

*Bioptic
Opticien Optometriste
Aine Nabiha
37, Abderrahmane Sahraoui - Aine Nabiha
Casablanca - Tel: 0522 48 11 55*

ICE:000109783000082

PATENTE:35592075

RC:329963

IF:15260507

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

AINEB Nabiha 2785/09

Casablancale
Casablanca, le lundi 31 octobre 2022

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE PRES Organiques

Oeil Droit : + 2,50

Oeil Gauche : + 2,50

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah 1er Etage
Casablanca
05 22 47 14 72

Biooptics au
248 11 n°
Optometriste
Casablanca