

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22- 0036689

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7688 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Sofia Zer MADIN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0036689**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

00000000000000000000000000000000

* 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Montants des soins
Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Début d'exécution
Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Fin d'exécution
Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Coefficient des travaux
Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Montants des soins
Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Date du devis
Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Diagramme d'ODF (Osteodensitogramme) avec numérotation des dents (1 à 8 pour les maxillaires supérieurs et inférieurs).	Date de l'exécution

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DÉTERMINATION 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'EXÉCUTION

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W21-685020

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7688		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAOUZI Nadia			
Date de naissance :			
Adresse :宅家			
Tél. : 0661 69 01 59		Total des frais engagés : DHS	
Cadre réservé au Médecin  Cachet du médecin :			
Date de consultation : 19/10/2022 Nom et prénom du malade : FAOUZI Nadia Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : Affectation 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 : 19/10/2022

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
18/01/2022	CT	G		INP : 0918181909 DR : KASSA Par : 05 22 08 2022 Date : 15/01/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE LA BRISE Dr. SELASSI Narijss Rue Abou Bass El Aïd Maârif Casab t: 0522 99 07 10 Gsm: 0622 92 10 10 ICE: 001688166000012	19/09/22	24,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHESIVE

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

*Chirurgie de la Cataracte
 par Pharcoémulsification
 Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
 Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)*

Mme 7688

الدكتور الرأيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
 جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
 علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

19 septembre 2022

Mme FAOUZI Nadia

FRAKIDEX



24,60
 1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR, pendant 7 jours



PHARMACIE LA BRISE
 Dr. SELASCI Nadias
 38, Rue Abou Abass El Azfi, Mâarif, Casa
 Tél: 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70
 ICE: 001688166000012

