

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

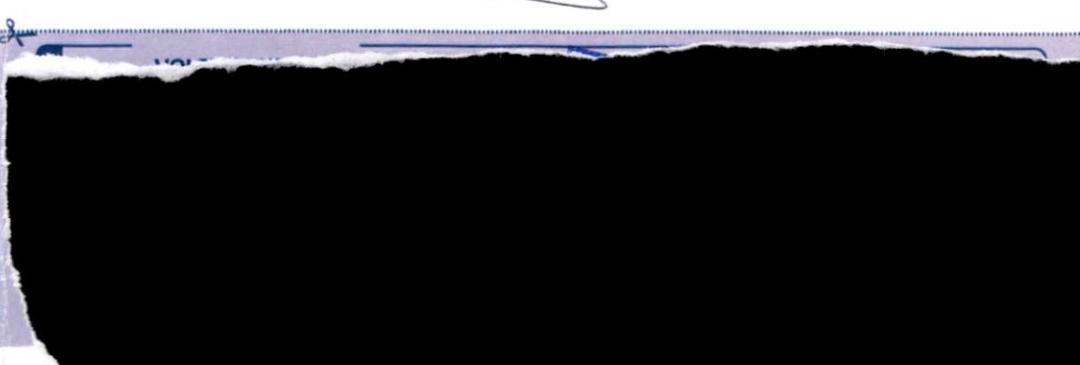
- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

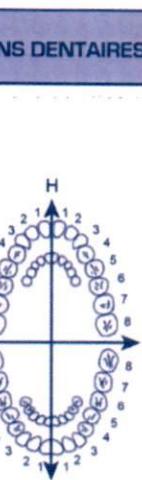
N° W21-686098

137307

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03-1		Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOHAMED
Nom & Prénom : HRAICHE			
Date de naissance : 09.09.1967			
Adresse : 255 SIHAM 39 RUE IBN HABBOUS 3E ET APART/3 MAARIF - CASABLANCA			
Tél. : 0667818032		Total des frais engagés : Dhs	
Cachet du médecin : Docteur Yasser BENSALAH Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N° 12 - Casablanca Tél: 0522 23 42 92 - GSM: 0625 25 11 25			
Date de consultation : 27/10/2022			
Nom et prénom du malade : HRAICHE Mohamed			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : Conjonction			
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) : 			
Le : 15 NOV. 2022			
Age : 55 ans			
Enfant : <input type="checkbox"/>			



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
27.10.21 20.11.21	CS		300,50	INP : 0911181042 Docteur Yasser BENSAL Spécialiste des Maladies et Chirurgie des 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Fl. Bureau N° 12 - Casablanca Tél: 0522 23 42 97 - Fax: 0625 25
.....
.....
.....

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"/>															
		CŒFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
			H	25533412	21433552												
			D	00000000	00000000												
			B	35533411	11433553												
			G	00000000	00000000												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

Votre Vision

Opticienne Optométriste
Tél. : 212(0)5.22.23.05.45

Facture N° 003355

casablanca, le 28. 10. 2022

Client : HRAICHE MOHAMED

sous ordonnance du Dr :

YASSER Bensalah

Designation	Prix	N° Nomenclature
1N OD Sphérique Antiglets	500,00 Dhs	427
1N OS Sphérique Antiglets	500,00 Dhs	427
OD: (11 - 0,5) plus		
OS: (153 - 1,00) - 1,5		
TOTAL	1000,00 Dhs	

Arrêtée La présente Facture à La somme de : Mille Dirhams

Dr. Yasser BENSALAH



الدكتور ياسر بن صالح

Spécialiste des maladies
et Chirurgie des Yeux

Ophtalmologiste

اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat

طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

Agréé pour le permis de conduire

معتمد لرخصة القيادة

27 octobre 2022

Mr. HRAICHE Mohamed

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets

OD = (- 0.50 à 11°)

OG = - 1.50 (- 1.00 à 153°)

Docteur Yasser BENSALAH
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
22, Bd. Yacoub El Mansour 1er Etage
Bureau N°12 - Casablanca
Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd. Yacoub El ansour - 1^{er} Etage - Bureau N°12 - Casablanca
Tel.: 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr