

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.

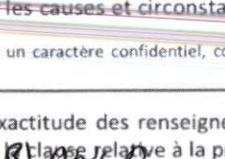
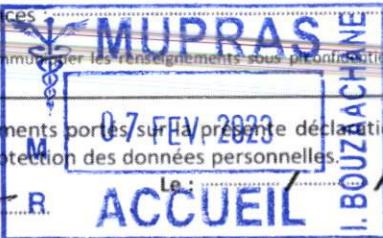
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8367	Société : RAM	RAM AU 8349	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOURIO KHALS L
Nom & Prénom : MOURIO KHALS L			
Date de naissance : 17.07.66			
Adresse : 08 Rue Hamah Benou Solt			
Tél. : 0661 33 8657			
Total des frais engagés : _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 15/10/2022			
Nom et prénom du malade : Moulay Dr. I. BOUZAACHA			
Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Affection <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant I. BOUZAACHA			
Nature de la maladie : Cecil			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL			
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. M. BOUZOUA			
Fait à : 07 FEV 2023 Signature de l'adhérent(e) : M. BOUZOUA			
 MUPRAS ACCUEIL I. BOUZAACHA			

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
15/01/2014	Consultation	1	200 DT	INP : 15/01/2014 200 DT HABIBI MEDI
16/01/2014	Consultation	1	200 DT	
17/01/2014	Consultation	1	200 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

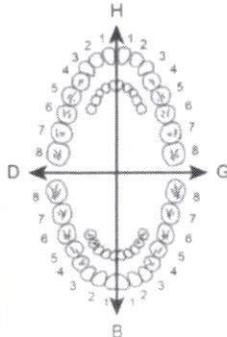
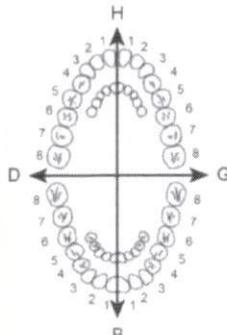
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Optique M... Optométriste & P... 21/12/22</i>	21/12/22					2 000.-

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 : [] [] [] [] [] []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
				MONTANTS DES SOINS []															
				DEBUT D'EXECUTION []															
				FIN D'EXECUTION []															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3">-----</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	11433553		35533411		MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	

B	00000000	11433553																	
	35533411																		
				DATE DU DEVIS []															
				DATE DE L'EXECUTION []															



Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture :

07940

Date 21. 12. 92

Nom.: MOU R'D.

Prénom

Zineb.

Type des Verres: ORMAZ

2L 8L

Monture

Plast

120,00

Vision de Loin :

OD Axe : 130 Cyl : -0,75 Sph : +3 110,00

OG Axe : 25 Cyl : -0,75 Sph : +2 75,00

Vision de Près :

OD Axe : Cyl : Sph :

OG Axe : Cyl : Sph :

Add :

Montant

200,00

N° 425 Centre - Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATANT : 30057211

Docteur Hicham TAHIRI

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie - Laser



الدكتور هشام طاهري

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : ١٥-١٢-٢٢ الدار البيضاء، في:

HORIG

ZNEB

1/1th Recette

CVL + 3,0 (-0,75-10)

CVL + 2,0 (-0,75-25)

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

~~D: Hicham TAHIRI
Optometriste & Optician
Bd Lamine M'jid N°44 Chiadma
Casablanca Tel: 0522 28 01 01~~

شارع بنى مكيل - زنقة الشياضمة درب بوشنوف - رقم 44 الطابق الثاني الدار البيضاء الهاتف : 05 22 28 01 01

Bd. Beni M'guild - Rue Chiadma Derb Bouchentouf - N° 44, 2^{ème} Etage Casablanca - Tél.: 05 22 28 01 01