

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05534 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : RAM
 Nom & Prénom : Naâni Abd el majid
 Date de naissance : 08-09-1960
 Adresse : Residence EL Wahda Imm F5 App F4A Berrechid
 Tél. : 0662 130426 Total des frais engagés : #2750ff Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/03/2023

Nom et prénom du malade : Naâni Fatima zohra Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection scalaire

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 : CMN

Le : 30/3/2023

Signature de l'adhérent(e) : Omar

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
17 MARS 2023	Acis	259,000 DH		 Dr. REZGUI Ophthalmologist 1 Bd Med V et Yacoub El Mansour Entrée B Appart' 5 - 1er étage Babechid - Tel : 0522.51.75.39

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

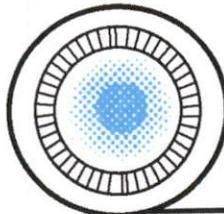
[Création, remont, adjonction]
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four rows: upper (1-12), lower (13-24), lower (25-28), and upper (29-36). The arch is oriented with a vertical axis (H) at the top, a horizontal axis (D-G) through the center, and a diagonal axis (B) pointing downwards and to the right. The teeth are numbered sequentially from 1 to 36, with some numbers (e.g., 17, 18, 26, 27) appearing twice to indicate specific anatomical features or landmarks.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

optic



ntact

Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 1965/23

Berrechid, le

20/03/2023

Client : *Mr N A A N I* (Gtma)

Code	Description	Total
431	<i>Re vision vers progrès</i>	1000-
431	<i>progression de la vue</i>	1000-
	<i>total</i>	500-
	<i>RTW</i>	250-
	<i>RTW + 0,50 (-0,50 à 100)</i>	450-
	<i>RTW + 0,50 (-0,25 à 95)</i>	8,75-

Arrêtez la présente Facture à la Somme de

Deux mille cinq cent *2500*



17 mars 2023

Mme NAANI Fatima Zohra

Monture + verres correcteurs progressifs
 Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 0.50 à 100°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 95°)

VP : ODG = Add : + 2.75

LIPOSIC GEL CL

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

FLUCON

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 1 fois par jour pendant 7 jours, dans les deux yeux

OPATANOL: COLLYRE CL

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور
 فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا (اقامة الحاج أحمد الطابق النول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد)

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid
 Tél: 05 22 51 75 39/Whatsapp:06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com