

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3204</u>	Société : <u>ROYAL AIR MAROC</u>	<u>ND N69</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ASMI NAZHA</u>			
Date de naissance : <u>15/11/1977</u>			
Adresse : <u>13 Rue Lavoisier appt 30, Casablanca</u>			
Tél. : <u>066 12 9997</u>	Total des frais engagés : <u>8.300 Dhs</u>		

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/23

Nom et prénom du malade : ASMI NAZHA Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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 : Casablanca

Le : 20/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
20.06.93	CS		300DH	RAID Ophtalmolog Angle id 2 mars 546 Modibekita N° 9 Gsm 06 01 96 06 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LUNETTE ISLAM 184 Rue des Argelais Casablanca	1er May / 05 / 23	8000,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SOUMAYA RAID

OPHTALMOLOGUE

Adultes et Enfants

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



د. سمية رايد

أخصائية في طب و جراحة العيون
للكبار و الصغار
خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca le 20/04/23

Mme ASMI Nazha

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 1.75 à 170°)

OG = + 1.25 (- 1.00 à 175°)

VP : ODG = Add : + 2.50

LUNETTE ISLAM
184 Rue des Aït alais
Casablanca

Dr. RAID Soumaya
Ophtalmologue
548, Angle bd 2 mars et
bd Modibo Keita N° 9
Gsm 06 61 96 06 11

⑨ 548 محرج 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا الطابق 2 رقم 9 إقامة السنة - الدار البيضاء

548, Av 2 Mars Ang Bd Modibo keita, Etg 2 N° 9 Rés. Sonna - Casablanca

📞 05 22 28 28 00 📲 06 61 96 06 11 ✉️ raidsoumaya@gmail.com

نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM



IF : 33610708
ICE : 002212645000044

LUNETTE ISLAM
184 Rue des Anglais
Casablanca 103

Facture N° 006141

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca
RC Casa 264242 - Patente : 30011275

M. ASMI Naresh Doit

Casablanca, le 19/05/23

Nature des Verres	Vision de Loin	Vision de Près	Doubles foyers	Varilux
Progressif 26% n.	OD / OG	OD / OG	OD / OG	OD 522 OG 522
Monture	Métal	Plastique		
V.L. - OD - OG	(143 - 1,25) + 2,00 (175 - 1) + 1,25		1	1000,00
V.P. - OD - OG	AC + 2 n.		1	3500,00
ADD./			1	3500,00
TOTAL				8000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

8000,-

Signature