

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0051103

DA 68342

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5000

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom :

MOUTHINE ABDELHAK

Date de naissance :

02/03/1961

Adresse :

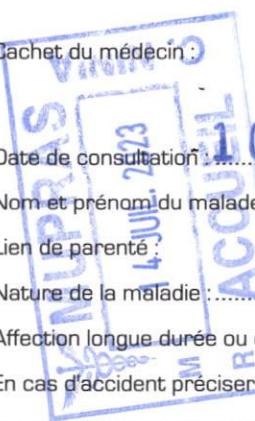
Habituelle

Tél. : 06.61.89.11.81

Total des frais engagés : 14408,56 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



DOIRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
05 22 91 13 38
05 22 91 13 38

Date de consultation :

10 Juil. 2023

Nom et prénom du malade :

MOUTHINE ASSDELHAK Age: 62 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 :

ESSA

Le : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Raj

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
0 Juil	2023	Ca	300018	MAHAIMBOPSTE Té : 05 29 13 38 Gsm : 06 78 75 89 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 154 N° 23/15 EL Oulfa - Casablanca Tel. : 05 22 89 09 63 Tel. : 000000246000026	10/07/23	308,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	11/11/13					3800,-

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]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

M^{me} MOUHIME Abdelhak

CASABLANCA Le : 11/7/2023

FACTURE N° : 03482023

Désignations	P.U	PRIX TOTAL
Monture optique Vers Programmes surques Anti Reflex DB : (78° - 0,75) + 1,00 06 : (93° - 1,25) + 0,75 Add : + 2,50 o D 6		800.- 3000.-
TOTAL		3800.-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille huit cent DH

Optique Aigle Vision
OPTICIEN
Rue 136 N° 49 Oulfa
Casablanca - Tél /Fax : 0522.93.22.99
Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 - RC : 121783 - ICE : 000037852000085