

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.

N° W21-811375

par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 6266		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HIMID RACHID			
Date de naissance : 04-03-1958			
Adresse : Rue 15 NR 12 ERAC INEZGANE AGADIR			
Tél. : 0653719176 Total des frais engagés : 1400,00 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Date de consultation : 14/09/2023 Nom et prénom du malade : RACHID, HIMID Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : RR FRAC'Z (mizt) 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 : 14-8-23 Le : 14/08/2023 Signature de l'adhérent(e) : 			

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
24/01/27			C	INP : <u>Docteur Hassan Mousa</u> Ophthalmologiste Hôpital Hassan II - AGADIR 1002791

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
		AM	PC	IM	IV	
Sté HAKIM Opticien Opticien Ksimia N° 10 INP 04-00091575 GISM 06 53 93 57 55	14.81 le 23					14.00,00 dh

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 PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

OPTIQUE HAKIM

Opticien - Optométrie
Adaptation Lentilles



ICE : 000311661000097

IF : 18751340

R.C : 13157

PATENTE : 49337112

CODE INPE : 045009115

FACTURE N° 1007

Date : 14/8/2023

Patient : RACHID HAKIM

Médecin : IBRAHIM KASSIMATA

Paiement : 50000

Type verre	Correction	Cotation	Quantité	Prix
✓ L + VR	OR : (-0.70)+0.70 ADD + L.00		1	100.00
VR 0 ~ PHA AR	OC : (-0.70)+0.70 ADD + L.00		1	100.00
	Monture		1	400.00
		Total		1,400.00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Ste Optique OPTIQUE sari
Rue Kssima Optométrie n°110 Inezgane
INP 045009115
GSM 06 53 93 51 35

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)

NOM :

PRENOM :

OD : $\frac{+0.5}{(-1.0) + (-1.0)}$ R

OS : $\frac{-0.5}{(-1.0) + (-1.0)}$ L

EP : $\frac{+0.5}{(-1.0) + (-1.0)}$ / +0.50

AGADIR Le : 14/8/12

CACHET et SIGNATURE

Sté HAKIM OPTIQUE sarl
Opticien Optométriste
Rue Ksima N°110 Inezgane
INP 045009115
GSM 06 53 93 51 35

Docteur IDRISI Moustafa
Ophtalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR