

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.

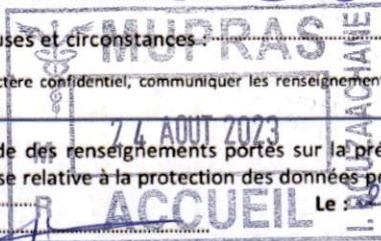
N° W21-804085

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10924		Société : 172618	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IHBACH HAJAR			
Date de naissance : 12/10/1974			
Adresse : LOT FLORA 17N5 Bouskoura Nouaceur			
Tél. : 06 61 1664 66		Total des frais engagés : 3300,00 Dhs	
<p>Cadre réservé au Médecin Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca SC Tél. (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com</p>			
<p>Date de consultation : 03/06/2023</p>			
<p>Nom et prénom du malade : IHBACH Hajjar Age:</p>			
<p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
<p>Nature de la maladie : Affection oculaire</p>			
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>			
<p>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.</p>			

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 : 24/06/2023

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
03/06/23	5	300,00 dh		INP : 0911683316  Dr Rada MIKOU Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca 1000 tel. : (+212) 0522 47 15 94 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

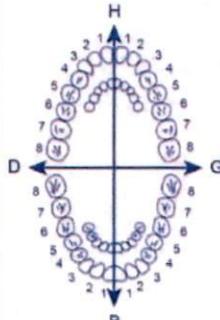
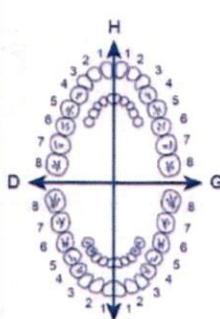
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIC SIDI MAJDOU AKRAM Alssam / GAILA Sanajah Opticien Optometriste Najah, Bloc N° 4 Sidi Maajid Al-Sanajah - Tel. : 05 22 58 19 18	03/06/23					3.000.000 DH

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



نظارات سيدى معروف

Optic Sidi Maârouf

Facture

N° 002158

Date : 03/06/23

Client : I H B A C H H A J A R . 7

Mode de Règlement : e s p e c e 7

Quantité	Désignation	P.U.	P. TOTAL
0.1	monture	600,00	600,00
0.2	ds verres progressif organique A N T I - R	1200,00	1200,00
0.0	OD : + 0,75 (- 0,75 a 0,75)	1200,00	1200,00
0.0	OE : + 1 (- 1 a 1,00)	1200,00	1200,00
	add : + 1,75		

OPTIC SIDI MAÂROUF

AKRAMA Issam / GAILA Sanaa

Optician Optométriste

Hay Najah, Bloc I N° 4 Sidi Maârouf
Casablanca Tél. : 05 22 58 19 18

Arrêtée la présente Facture à la somme de : trois
mille D.H.S.

TOTAL TTC	3000,00
Dont T.V.A. 20%	0 H

Ancien interne des hôpitaux de france

Ancien assistant Spécialiste a l'Hôtel-Dieu de Paris

Titulaire de l'European Board of Ophthalmology

Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII



PT1901001451

03 juin 2023

Mme IHBACH HAJAR

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets,
Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.75 (- 0.75 à 72°)

OG = + 1.00 (- 1.00 à 100°)

Vision de près :

ODG = Add : + 1.75

OPTIC SIDI MAÂROUF
AKRAMA Issam / GAILA Sanaa
Opticien Optométriste
Hay Najah, Bloc 1 N° 4 Sidi Maârouf
Casablanca - Tél. : 05 22 58 19 18

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com