

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

- 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.

M23-0018134

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1711 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HANIF Hassam

Date de naissance : 1955

Adresse : 14, Rue Hadij et Mar Rife, App 28

Tél. : 06 68 95 42 91 Total des frais engagés : 17000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/08/2023

Nom et prénom du malade : Hanif Hassam Age : 68

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Correction aphtique

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 : 05/08/2023 Le : 25/08/2023

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
24/08/2023			CG	<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

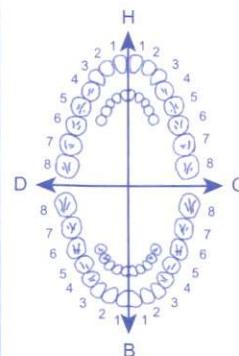
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Small Optic</i> Zobir ISMAIL Opticien - Optométriste 3, Av M's Sultan (en face Alpha 55) Casablanca - Tél/Fax: 05.22.22.16.30	25-08-23					1400 -
<i>09.00.00.44</i>						

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	
				CoeffICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CoeffICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca : 24/08/2003

Nom et Prénom : Maha Hanif

Lunettes de Correction optique, verres progressives,
Anti-reflets, blanc

En VL :

OD +0,50 (-0,50 à 150°)

OG +0,75 (-0,50 à 5°)

En VP :

OD

OG

Small Optic
Zebir ISMAIL
Opticien - Optométriste
53, Av. Mers el Kébir (en face Alpha 55)
Casablanca - Tél/Fax: 05.22.22.16.30



OPTIQUE - OPTOMETRIE - CONTACTOLOGIE

CASABLANCA : 25-08-23

FACTURE 0002349

Ordonnance de Docteur :

Client ; M : MAHA HANIF

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION			
	LOIN	PRES	BI-TRI&MULTIFOCAUX
O.D	407		
O.G	407		

DESCRIPTION		
Qté	Désignation	Montant TTC
1	MONTURE	800--
2	VERRES <i>- magiques anti-reflect</i> $OD = (150^\circ - 0.16) + 0.16$ $OG = (5^\circ - 0.16) + 0.75$	600--

Arrête la présente Facture à la somme de:

TOTAL TTC 1400--

Mille quatre cent DHS


Zobir ISMAIL
Opticien Optometriste
58, Av Mers Sultan (en face alpha 55) Casablanca - Tel/Fax : 05 22 22 16 30

58 Av Mers Sultan (en face alpha 55) Casablanca - MAROC - Tél/Fax : 05 22 22 16 30

RC : 350338 - Patente : 34190070 - IF : 40190513 - CNSS : 7013866 - ICE N° : 001791800000053