

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

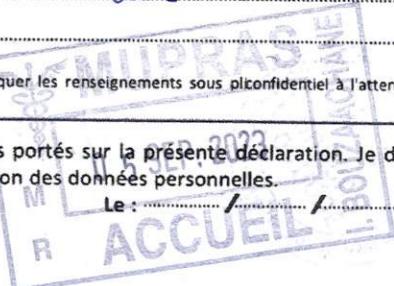
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-809225

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0007868			
Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SOUKTANI AMINA			
Date de naissance : 06/03/2006			
Adresse :			
Tél. : 0661711015 Total des frais engagés : 1950,00 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Saïd EL HASSAR <i>Ophthalmologiste</i> N° 41 (Bld Ave Mohamed V) Imb 341 étage 4 Berrechid (En Face Centre Commercial Nasrallah) Tel : 05 22 32 43 44			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16.08.2023			
Nom et prénom du malade : SOUKTANI Amina Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affections oculaires			
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 : _____ Le : _____
 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
16 27 2023	C ₂		250 Dhs	<p>INP : 10610111615</p> <p>Dr. Said EL HASSAR Ophthalmologiste N° 55, Rue Aïcha, 100-900, 1er étage 4 Berrechid (En Face Centre Commercial Nasrallah) Tel: 0524 32 43 44</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et 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			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B	21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Dr. Said EL HASSAR

Ophthalmologiste

**Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux**

**Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie**

Laser - Lentilles de Contact

Chirurgie de la Myopie

**Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophthalmologie**



الدكتور سعيد الحصار

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جلالة - الزرار - الحول

مسالك الدموع - انгиوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة...

جراحة عيوب البصر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون

Agrée Par le Ministère de la Santé Permis de Conduire

ORDONNANCE

**Berechid le : برشيد في :
16/08/2023**

SOUKTANI Amina

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (10° -0,50) -1,75

Oeil Gauche : (170° -1,75) -1,50



Leoptila cell
rigide x 2

Dr Said EL HASSAR
Ophthalmologiste
Bd Mohamed V Imm 341 étage 4
Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour)
Tél : 05 22 32 43 44

شارع محمد الخامس العماره 341 الطابق 4 رقم 41 (إقامة بالتصعد) بجزئ نصر الله

برشيد (قرب المركز التجاري كارفور) - الهاتف : 05 22 32 43 44

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4 N° 41 (Imm Avec Ascenseur) Lotissement Nasrallah

Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour) - Tél : 05 22 32 43 44

FACTURE

Date : 25/08/2023

CLIENT: AMINA SOUKTANI

Numéro: 554210

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE MOSCOT	1	700.00
VD	UNIFOCAL FSV ORG 1.6 UV+420 CUT BLUE	1	500.00
VG	UNIFOCAL FSV ORG 1.6 UV+420 CUT BLUE	1	500.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
Dr. SAID EL HASSAR			
LOIN : OD:-1.75(-0.50,10°) OG:-1.50(-1.75,170°)			
PRES : OD: OG:			
ADD : OD: OG:			
Total TTC:			1 700.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			340.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE SEPT CENT DIRHAMS .TTC.

