

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° W21-729691

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

13156

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Rej Gammarut

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 064 517 4930

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office, IMM 13, 1^{er}
Stage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El
Suli Maarouf- Casablanca

Date de consultation : 12/07/2023

Nom et prénom du malade :

GAMMOUR MUPRAS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection depuis SEP. 2023

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 attestante le Paiement des Actes
12/07/23	G	2 (0.DH)		INP : BOUZOGNY 2396617 Ophtalmologist Oncology Office IMY 1551 Bureau 2 Bd Abou Bakr El Khourouf- Casablanca

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
RS			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom et signature du patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
BENYAHYA A ficienne Optométriste abt. 7-105 et Rue Sous les Sables - 05-22-22-71-61	20/10/2014 10/10/2014 20/10/2014	1	1	1	0	1.200 Dhs + 1.200 Dhs 2.400 Dhs

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"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				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. Imane BOUZIANE

Ophthalmologist

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétinienne de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكيّة العين

باريس - فرنسا

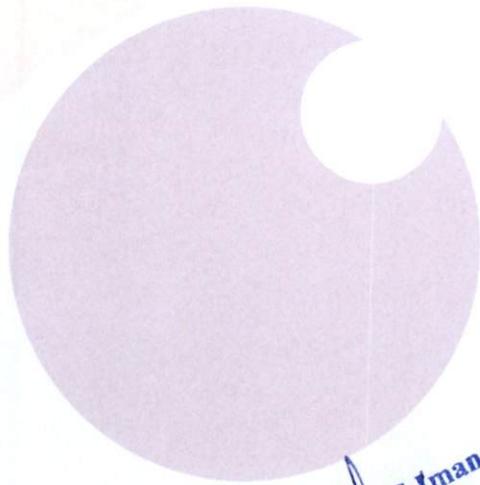
ORDONNANCE

12 juillet 2023

Mme GAMMOUH RIM

XILOIAL

1 goutte x 3 / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



*Dr. BOUZIANE Imane
Ophthalmologist
Panorama Office, Immeuble 13, 1^{er}
étage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El
Sidi Maarouf - Casablanca*

Perfect vision 2MARS

DATE 20/07/2023
FACTURE 200720232

Nom et Prénom : GAMMOUH RIM

Désignation	Quantité	Prix TTC
Montures	1 Monture	1500 DH
Verres	2 verres organiques antireflets	1200 DH
VL	OD PLAN (-2.75 165°)	
	OG PLAN (-3.00 5°)	
VP	OD	
	OG	
TOTAL		2700 DH

ARRETE A LA PRESENTE FACTURE DE LA SOMME TTC DE :

DEUX MILLE SEPT CENT DIRHAMS PAYE EN TPE

PERFECT VISION 2 MARS
BENNANI
Opticienne
8, Angle Bd. 2M.
Mers Sidi Amor
Tél : 0522.22.22.151

Perfect vision 2mars

8 ANGLE AVENUE 2MARS ET RUE VICTOR HUGO CASABLANCA

RC 297623. IF 14481668. Patente n° 34490616 ICE 000516414000087

PERFECT VISION 2 MARS
BENNANI
Opticienne
8, Angle Bd. 2M.
Mers Sidi Amor
Tél : 0522.22.22.151