

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 | : adhesior@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° W21-823000

18/15/15

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8808		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : KHOBYYI SAMIR	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0660553288 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : Dr. EL ABIDI Ophtalmologiste Andalous III Résidence jasmine 5 Appart 6 Bouskoura		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :	Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Enfant	
Nature de la maladie : lunettes (VL + VP)		
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	Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/10/2023			250 DT	INP : LEMPI
				Dr. LEMPI Opticien Andalous Optique Appt 6 - Bouskoura

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

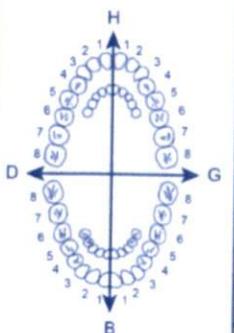
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

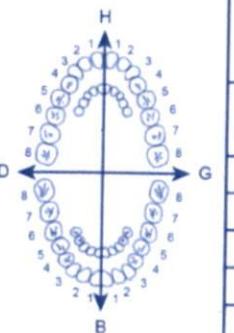
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
TREND OPTIQUE 6,1mn 10 Gharbiat Al Bouskoura, Nou SCN : 50021000	16/10/2023					1650 DT

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

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

Dr EL ABIDI INAS

Ophthalmologue

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca



Ophtalmo Bouskoura

الدكتورة العابدي إيناس

طبيبة وجراحة العيون

خرسحة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

١٦/١٥/٢٠٢٣

Joss Kouyui Samira

Lunettes pour VL %

$$ODT = +1,5 D$$

$$OC = +1,25 D$$

en VP : +2,25 D (lire)

Dr. EL ABIDI
Ophtalmologiste
Andalous III Résidence Jasmin
Appart. 6 - Bouskoura

رياض الأندلس ٣ الإقامة الياسمين ٥ الطابق الثاني شقة رقم ٦ - بوسكورة

Riad Andalous III, Résidence Jasmins 5, étage 2, N° 6
(à côté de Carrefour Market) Route 3011, Bouskoura

05 22 59 01 97 / 06 96 30 40 78 - ophtalmobouskoura@gmail.com

~~FACTURE~~

CLIENT: KOUYYI SAMIRA
 OPHTALMO: EL ABIDI INAS
 DATE DE PRESCRIPTION: 15/05/2023
 OPTICIEN(NE): TREND OPTIQUE

DATE FACTURE : 19/10/2023

NUMERO : 0221/23

		Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:		MONTURE	1	300.00
OD	+1.50		1	325.00
OG	+1.25		1	325.00
PRES:				
MONTURE	MONTURE		1	300.00
OD	+3.75		1	200.00
OG	+3.50		1	200.00
ADD: OD: +2.25 OG: +2.25				
		Total HT	TVA 20%	Total TTC
		1 375.00	275.00	1 650.00

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


 TREND OPTIQUE SARL
 6, AV. 10 GH 1 DIAR ANDALOUS
 BOUSKOURA - CASABLANCA
 TÉL: 0674074111 Email: trendoptic10@gmail.com
 INPE: 095029336 TP: 32902576 RC: 500921
 ICE: 002780061000057 IF: 50189497 SGG: 8062

N°6 IMM 10 GH 1 DIAR ANDALOUS 3 BOUSKOURA - CASABLANCA
 Tél : 0674074111 Email: trendoptic10@gmail.com
 INPE: 095029336 TP: 32902576 RC: 500921
 ICE: 002780061000057 IF: 50189497 SGG: 8062