

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

- Reclamation : 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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 06089 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

THIYFA Kamel

Date de naissance :

01.01.1958

Adresse :

Tél. : 06.81.13.89.89

Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13 OCT 2023

Nom et prénom du malade :

ZENNANI FAÏZA ZAHRA Ep THIYFA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 21/11/23

Signature de l'adhérent(e) : 21/11/23

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
3 Oct 2013	Ophtalmologie		300 Dt	Dr. Mohamed MADI OPHTHALMOLOGISTE AV. 2 Mars - Casablanca T. 052 50 81 - Gsm : 06 61 52 82 1

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 Cœfficients	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	
18/10/2023		1800,00				OPTICAL AVENUE Boulevard 2 Mars, Casablanca IMP: 965001632 TEL: 0289172000027

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

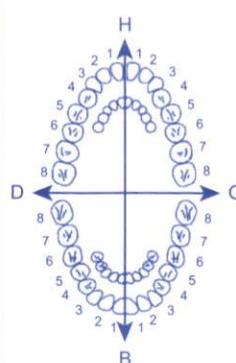
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mofhammed MADI

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux

Bouafi et My Youssef de Casablanca

Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine

Angiographie - Laser



الدكتور محمد الماضي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب اخصائي سابقا بمستشفيات

بوافي و مولاي يوسف بالدار البيضاء

جراحة احالة - حول العين - الشبكة

تقطيع اوعية الشبكة - الليزر



I.C.E.: 001751624000054

Casablanca, 13 octobre 2023

Mme BENNANI Fatima Zahra Ep Thiyyfa

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 0.25

OG = + 0.25

Vision de près :

ODG = Add : + 1.75

ATTENTION AU CENTRAGE SVP+++

OPTICAL AVENUE
Boulevard 2 Mars, Casablanca
INPE 0910961632
ICE 003289172000027

الدكتور محمد الماضي
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr. Mofhammed MADI
OPHTALMOLOGISTE
105, AV. 2 Mars - Casablanca
Tél : 05 22 83 50 61 - Gsm : 06 61 52 82

Facture

	Facture N° : 30 Date : 18 / 10 / 2023 Client : BENNANI FATIMA	STE OPTICAL AVENUE Tel:
---	--	---------------------------------------

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+0.25			+1.75
VLG	+0.25			+1.75

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIQUE ANTIREFLET	1	350.00	350.00
2	ORGANIQUE ANTIREFLET	1	350.00	350.00
3	Monture 1	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	200.00
Total HT	1000.00	Net à payer	1200.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

mille deux cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

STE OPTICAL AVENUE ---
IF: - ICE: 003289172000027 - RC: - TP:

OPTICAL AVENUE
Boulevard 2 Mars, Casablanca
IMPE: 065061632
ICE: 003289172000027