

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.

M23-0018214

204 669

Maladie

Dentaire

Optique

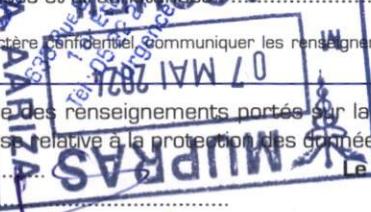
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SHAMI Fatima
 Date de naissance : 01/01/58
 Adresse : R. Semeur, angle R. Ibn Kaldoun, 130, Rd
Bouygues CASA
 Tél. : Total des frais engagés : 3 600.10 Dhs

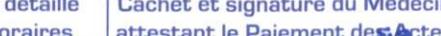
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 28/03/2019 Nom et prénom du malade : K. SABIR Nadia Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : CONTACTEUR OPTIQUE
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT
 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 : CASA le 28/03/2019
 Signature de l'adhérent(e) : NADIA SABIR


8

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
23/02/24			300 DH	 Docteur SABIR Nadia Ophthalmologue 633 Rue Gouraud, Casablanca 1er Etage - Tel : 06 66 95 93 34 06 70 81 76 03

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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>M. J. BOURGOGNE Opticien 144 bd Bourgogne Casablanca Tél 0522203904</i>	22.04.2024	01/04				33.00 MA

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; border-bottom: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
G														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SABIR Nadia

Ophtalmologiste



الدكتورة صبيـر نـادـية

اختصاصـيـة في أمـراض و جـراـحة العـيـون

Dr. NADIA SABIR

Casablanca, Le

K SARAH

vers pour DR

$\text{OD} = -6,50 (-1,25 \pm 175^\circ)$

$\text{OS} = -6,25 (-1,25 \pm 165^\circ)$

vers orthoptie

- anti-lemme

Dene D mtheng

Docteur SABIR Nadia
Ophtalmologiste

633 Rue Goulimima, Quartier Bourgogne
N° 7 - Casablanca

633 شارع كلـيمـة، حـي بـورـكـونـ، الطـابـقـ الـأـوـلـ (رقمـ 66 95 93 34)

1er étage - 66 95 93 34

633 Rue Goulimima, Quartier Bourgogne, 1 er Étage N° 7 - Casablanca

Consultation : 06 22 27 42 76 / 06 66 95 93 34 - Urgence : 06 70 81 76 03 - E-mail : 1972nsabir@gmail.com

DIAM OPTIC
M. T. ELISSNI SAID
Opticien Optométriste
144 bd Bourgogne Casablanca Tel. 0522203094

DIAM OPTIC

Facture

Numéro : 437124

Date : 22/04/24

Client : K SAR Ali

DIAM OPTIC – Casablanca

Catégorie	désignation	Qte	Prix unitaire	Total
VERRES	verres organique anti-reflets	2	1250	2500
Monture Optique	plastique	1	800	800
Correction	OD : -6,50 (-1,25, 175) OG : -6,25 (-1,25, 175)			
	ADD :			
			TOTAL	3300
				3300

INPE 095014692

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille trois cents dirhams

DIAM OPTIC
M. I. MOUSSA SAID
Opticien Ophtalmophtalmiste
144 Boulevard Bourgogne Casablanca 33000
Téléphone: 0522203094

Taxe Professionnel: 35654336. Registre de Commerce: 576171. ICE: 003233396000054

IF: 53682285. INPE : 095014692

144 Boulevard Bourgogne. Quartier Bourgogne. Casablanca. Téléphone: 05.22.20.30.94 / 0642486268
E-mail:diamoptic00@gmail.com