

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° P19- 0040241

Maladie

Dentaire

16259

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9533

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN SOUDA HICHAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0660942890

Total des frais engagés : 212 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/19

Nom et prénom du malade : M. BEN SOUDA HICHAM

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Sinusite

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 : CASA Le : 13/12/19

Signature de l'adhérent(e) : BEN SOUDA HICHAM

Le : 13/12/19

26 DEC 2019

ACCUEIL

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
17/11/2011	C		2000 HTS	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23-12-2019					
	10 TA 800	100%	2800,-			

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'ODT.

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

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). The diagram includes labels: 'H' at the top center, 'D' on the left side, 'B' at the bottom center, and 'C' on the right side. A horizontal arrow points from 'D' to 'C'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافيا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء 70

الهاتف : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

13 - 12 - 19
Casablanca , le الدار البيضاء ، في

BENSOUDA Hicham

Casablanca, le vendredi 13 décembre 2019

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE PRES Organiques

Oeil Droit : + 2,25

Oeil Gauche : + 2,25



Dr. Abdelhak BOUCHTA
OPHTALMOLOGISTE
70, Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca
Tél. : 05 22 47 33 45 - 05 22 47 14 72

OPTIQUE ZARA

Opticienne, Optometriste, Adaptation de Lentilles de Contact.
Diplômée de la CESOA (Belgique)

FACTURE

N° 010473

Le 23.12.20.19

Mⁿ Bensouda Hicham Doit

	Sur Ordonnance du Dr.	
1	Monture optic	600,-
1	Verre Torique Sphérique +2.25	
	Orga - Mineral ø A.R	1100,-
	N° Nom	
1	Verre Torique Sphérique +2.25	1100,-
	Orga - Minéral ø A.R	
	N° Nom	
		1100 + 2200 = 3300,-
		INPE: 095014213
		Tel: 05 2298 01 07
		(ex PELVOUX), MAârif Casablanca
		OPTIQUE ZARA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

11 TR, Rue Ennahas Ennahoui (ex. Pelvoux) - Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22.23.21.61
R.C. : 306916 - Patente : 35725865 - T.V.A. : 40714151