

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-528419

HERMAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Assurance Sociales
de l'Ordre des Médecins

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1225 Société : DAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre EPOUSE

Nom & Prénom : KRATI NAHMA HERMAS M. LAM

Date de naissance : 04-05-1956

Adresse : Rue 452 NE 43 cité des Amicales

Tél. 0662130010 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur IDRISSI Moustafa
Ophtalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR

Date de consultation : 10 Juillet 2020

Nom et prénom du malade : KRATI NAHMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation visuelle

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

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : Agadir Le : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Cachet et signature du Médecin
attestant le Remplacement des Actes

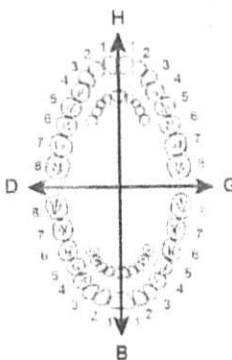
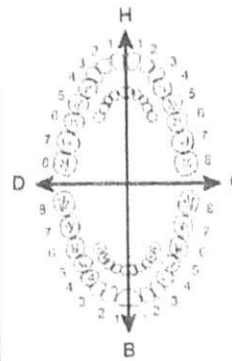
INP : 041002792

Hôpital Hassan II - AGADIR

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		✓

[illegible][illegible][illegible]

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																			
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>			
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

24

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)



NOM : KRATI

PRENOM : NAJMA

OD : +2.75 (-1.00 x 150°)

OG : +2.50 (-0.50 x 100°)

EP : All. +3.00

AGADIR Le : 10/07/2020

CACHET et SIGNATURE

 **asis**
OPTIQUE Depuis 200
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Rue Omar el Kham
Agadir, Maroc. Tél : 05 27 77 65

Docteur IDRISSI Moustafa
Ophthalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR



OASIS OPTIQUE

AGADIR LE : 11 JUIN 2020



Code INPE :

045005360

FACTURE N° : 144/20

Présentation des lunettes :

M : Krati Naima

Ordonnance du Docteur :

FORSSI Mustaphi

N° de nomenclature correspondant à la Prescription.		Loi	OD	OG
DF/PROG.	OD			
	OG			
		PRES	OD	OG

FOURNITURE

Prix

Monture : 1 Monture

// 500,00

Verres : Progressif Teinte : Incessable + Bleu

// 100,00

TOTAL

// 1500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

// Mille cinq cent dix euros



OASIS OPTIQUE
OFFICIER OPTOMETRISTE
Rue Citra el Kachet et signature :
Amseml - Agadir - Tél.: 05 28 22 45 45