

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 | adhésion@mupras.com |

*HERMAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Assurances Sociales
de Royal Afrique*

Maladie Dentaire Optique AI

1225

Matricule : 1225 Société : PARIS EPOUSE

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : KRATI NAJMA HERMAS MELLOU

Date de naissance : 04-05-1956

Adresse : Rue 457 n° 43 cité des Américaines

Tél. : 0662180010 Total des frais engagés :

Docteur IDRISI Moustafa
Ophtalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR

Docteur IDRISI Moustafa
Ophtalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR

10 Juillet 2020

KRATI NAJMA

Lien de parenté : Lui-même Conjointe

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'autre 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) :

34.119 cm²

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/12/2022	•			 Docteur HASSAN II Ophtalmologiste Hôpital Hassan II - AGADIR INP : 041002791

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
D.O.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533410</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			H		25533410	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
H																		
25533410	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

cl 4

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)

60

NOM : *K R A T I*

PRENOM : *NAIMA*

OD : *+2.25 (-1.00 x 165)*

OG : *+2.50 (-0.50 x 100)*

EP : *+1.00 -3.00*

AGADIR Le : *10/07/2020*

CACHET et SIGNATURE

**asis**
OPTIQUE Depuis 200
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Rue Omer el Khiam
Agadir - Maroc - Tel : 06 28 22 22 05

Docteur IDRISI Moustafa
Ophtalmologiste
Hôpital Hassan II - AGADIR



OASIS OPTIQUE

AGADIR LE : 11 JUIN 2020



Code INPE : 045005360

FACTURE N° : 144/20

Présentation des lunettes :

M : Khalil Naima

Ordonnance du Docteur :

JORISSI Mustaphi

N° de nomenclature correspondant a la Prescription.	OK	OD.....	OK	OG.....
OF/PROG. OD..... OG.....	<u>12.28 (1.00x150)</u>	PRES	OD.....	<u>12.50 (1.50x100) A.H. 30</u>

FOURNITURE	Prix
Monture..... <u>1 Monture</u> couleur.....	<u>1500Dhs</u>
Verres..... <u>Rofessif</u> Teinte..... <u>Indissolubles bleu</u>	<u>1000Dhs</u>
	<u>TOTAL</u>
	<u>1500Dhs</u>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

11. Mille Cent Cents Dhs



~~OASIS OPTIQUE~~
OPTICIEN OPTOMETRISTE
Rue Garcel Cachet et signature :
Artisemal - Agadir - Tel: 05 28 22 27 43