

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-563964

45207 SN



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8593

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HABATI HASNAZ

Date de naissance :

Adresse : 4, LOT HANZA - SIDI MAAROUF CASABLANCA

Tél. : 9629

Total des frais engagés : 1863,00 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : OUAHAY NABA

Age : 17 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 001.2020

Signature de l'adhérent(e) :

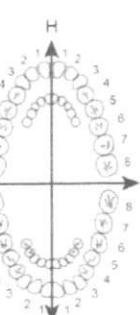
Le : / /

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
05/09/2018	5		300 DA	INP : <u>LAHCEN ZAINAL</u> Dr LAHCEN ZAINAL Ophtalmologue Mohamed Ben Ali et Rue Mansard Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA BOURGOGNE 22, RUE DE LA CHAPELLE 75017 PARIS TÉL. 53.23.41.83 DU 22/09/2009	05/09/09	100000

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	21/09/2020				1500,-

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000 00000000																		
	D	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION																			



ORDONNANCE

05 septembre 2020

Mlle OUAHAY Nada

1/ PURE COLLYRE

6813
57

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



Dr. M'hamed DEDMANE
Pharmacie DENOUD KATTI
22, Rue Impasse Ibnou Kattar
Tél: 05 22 23 483 - Casablanca
Docteur en Pharmacie

DR. LAHCEN ZAFAD
Ophthalmologist
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca - Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG)



ORDONNANCE

05 septembre 2020

Mlle OUAHAY Nada

Monture + verres correcteurs
Antireflets

OD = - 5.00 (- 1.50 à 5°)

OG = - 5.50 (- 1.50 à 165°)

DIRECT OPTIC S.A.R.L.
Opticien - Optométriste
31, Bd. Sidi Abderahmane Hay hassani
Casablanca
RC : 275787 - PAT : 34091234 - IF : 14408766
Tél : 0522 36 62 44

DR. LAHCEN ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

Casablanca Le 21/09/2020

Client : Mell OUATHAY
NADA

FACTURE N° 01492

Désignation	Quantité	Montant TTC
Monture optique	1	500.00
2 verres verre en amincis	2	1000.00
filtre bleu		

DIRECT OPTIC S.A.R.L
 Opticien - Optométriste
 31 Bd Sidi Abderrahmane Hay hassani
 Casablanca
 RC : 275787 - PAT : 34891234 - IF : 14408766
 Tél : 0522 36 62 44

TOTAL TTC	1500,00
DONT TVA (20%)	250,00

31, Bd Sidi Abderrahmane, près de la Clinique Yasmine, Hay Hassani, Casablanca

Tél : 05 22 36 62 44 - Site : www.directoptic.ma

Patente : 34891234 - I.F : 14408766 - ICE : 0000058600032