

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-555251

51778

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8190	Société :	RETRAITE HASSAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	FASSI FI HARI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661196805 Total des frais engagés :			
<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation : 17/09/2013</p> <p>Nom et prénom du malade : FATHI HASSAN Age: 58</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : infection canalaire.</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>			

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 : casab Le : 17/09/2013
Signature de l'adhérent(e) : 

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
17/09/16				INP : <input type="text"/> <i>Dr. OMARI Abdelhadi Médecin Commandant Spécialiste en Ophthalmo HMIMI</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
Lunettes Chosin 1 Sout Korea Bleu 21/03/2020 Tél : 0666 58 75 23 / 0666 236177	17/03/2020				5000,-

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
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 PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																		
	H	G																																
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	D	G																																
	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"/>																																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																		

OPTIQUE EL FATH



Bd. Moudibokeita, Bloc (jj) N° 83
Casa - GSM : 0661 97.79 82
Patente : 36616616

نظارات الفتاح
شارع موديبوكينا بلوك "ج" رقم 83
الدار البيضاء - المغرب : 06 61 97 79 82
البيانات : 36616616

FACTURE N° 0014228

Casablanca, le :

M: FASHI FIMRI MASSAN

N° de Nomenclature :

Docteur : DR MARI ABOU EL HADID

Monture:	Plast lire opt-in	1000,-
Verres:	Progressif AR	
VL:	PGM	
OD:	(155, -0,50) +1	200,-
OG:	(180, -0,85) +1,25	200,-
VP:		
OD:	ADD + 2,75	
OG:	ADD + 2,75	
	Total :	500,-

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

cinq mille Dr.
دفع المبلغ

Lunettes Ghosn 1
Souk Korea 800 115 Casab
Tél: 0666 58 75 23 / 0661 97 61 72

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Lunettes Shosn 1
South Korea Bloc 7 n°15 - Casablanca
Tél : 0666 58 75 23 / 0660 29 61 72

M. Farid F. Hm

Dr. OMARI Abdelhadi
Médecin Commandant
Spécialiste en Ophtalmologie
HMIMV - RABAT

C V L

OD. (155 - 55°) + 1 - 22

OG. (186 - 21°) + 1 21

C

V P.

Dr. OMARI Abdelhadi
Médecin Commandant
Spécialiste en Ophtalmologie
HMIMV - RABAT

OD G. adapt + 231

C M