

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 à caractère personnel.



Declaration de Maladie

N° W19-561280

ND: 53034

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2785

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DAOUA I ABDELLAHMID

Date de naissance : 4/5/1957

Adresse : B4 - 330 - Bansengao Agadir

Tél. : 06 64 19 7279 Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/12/2020

Nom et prénom du malade :

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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR

Le : 20/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-561280

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

es des ctes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	G	1	G 679	INP - Direction de la Santé et de l'Assurance Maladie Délegation Provinciale à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Optique et Universitaire

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

L'achet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

— VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25833412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Royaume Du Maroc
Ministère de la santé
Region de Souss Massa
Délégation de la Préfecture d'Agadir Ida.O



المملكة المغربية
وزارة الصحة
جهة سوس ماسة
مندوبية تعاونية اكادير إداوتنان

ORDONNANCE
(RESULTATS DE LA REFRACTION)

50

NOM : DAoudi

PRENOM : ISMAÏL

OD : 2,00 (-0,50 à 5°)

OG : -1,50 (-0,50 à 10°)

EP : ~~MARON OPTIQUE~~
OFFICIEL - TRISTE
Im. IFRANE N° 9 Agadir
01 AGADIR Tel/Fax: 05 28 82 82 64

AGADIR Le : 19/12/2020

CACHET et SIGNATURE

Ministère de la Santé Publique
Délégation Provinciale d'Agadir
A. LOUAHIDI
Refractologie
Ophtalmologie
et Santé Scolaire et Universitaire
O. I.

Marone Optique
maroneoptique@yahoo.fr

RIB 101 010 2121178919410005 65

Imm IFRANE II N° 9 Av HASSAN II Q.I

80000 AGADIR

Tél: 05 28 82 82 64

Fax: 05 28 82 82 64

M. ISMAIL DAOUDI

FACTURE N° : F20/1015

Date : 19/12/2020

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
ORGANIC 1.5 AR	1	500.00	500.00	20.0
ORGANIC 1.5 AR	1	500.00	500.00	20.0
MONTURE	1	1300.00	1300.00	20.0
Corrections :				
VL D. Sph: -2.00 Cyl: -0.50 Axe: 5°				
VL G. Sph: -1.50 Cyl: -0.50 Axe: 10°				
Total	3		2300.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1916.67	383.33	2300.00	2300.00	0.00 Dh

*MARONE OPTIQUE
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Imm. IFRANE II, N° 9 Av Hassan II
01 - AGADIR - Tel/Fax: 05 28 82 82 64*