

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.

N° W19-511933

ND = 16678

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8190**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Lien de parenté :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
DROITE	15 11 21 22 23 24 25 14 16 18 19 20 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48				Montant des soins
GAUCHE					Début d'exécution
HAUT					Fin d'exécution
BAS					Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				Montant des soins
DROITE	15 11 21 22 23 24 25 14 16 18 19 20 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	Date du devis
GAUCHE			00000000 35533411	00000000 11433553	Fin de
HAUT					
BAS					
(Création, Remont, adjonction)					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

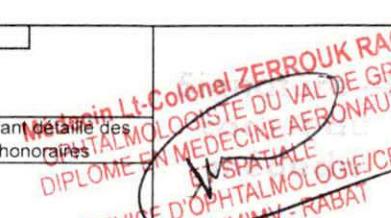
VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-382119	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-382119

DATE DE DEPOT

...../...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8190		
Nom & Prénom FASSI FITRI HASSAN				
Fonction : AP	Phones : 0661 79 6805			
Mail : fassi.fitri@hotmail.com				
MEDECIN	Prénom du patient HASSAN			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 57	Date 18/10/2019		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
				
PHARMACIE	Date			
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIographies		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 18/10/2019		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
				

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



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسى
محمد الخامس

RABAT, تاریخ: 18/10/19

Medecin Lt-Colonel ZERROUK RACHID
OPHTHALMOLOGISTE DU VAL DE GRACE
DIPLOME EN MEDECINE AERONAUTIQUE
ET SPATIALE.
SERVICE D'OPHTHALMOLOGIE/CEMPN
DE L'HMMV - RABAT

MR. PASS: FILTRI HASSAN

C.V.L

OD: (155° - 0,50) +1,25

OU: (175° - 0,50) +1,25

C.V.P

O.D.: ADDIT. + 2,75

OPHTALMOLOGUE
Dr. Moudine Kéita Diakhaté
Casablanca 10000
Tél: 0524 295172
Cell: 066 295172

Avec R.H.
+2,75
-0,75
+2,75
Médecin Lt-Colonel ZERROUK RACHID
OPHTHALMOLOGISTE DU VAL DE GRACE
DIPLOME EN MEDECINE AERONAUTIQUE
ET SPATIALE
SERVICE D'OPHTHALMOLOGIE/CEMPN
DE L'HMMV - RABAT

LUNETTES ABOU ALI

Bd, Moudi Bokita 53, bloc j - Casablanca

Tél : 06 12 16 30 22

R.C : 264856

Patente : 36616602



FACTURE

نظارات أبو علي

شارع مودي بوكينا، بلاوك (ج)

الرقم 53 - البيضاء

الهاتف : 06 12 16 30 22

264856 : س.ت.

36616602 : الباتنت

Nº 002170

Casablanca, le 18/10/2019

M FASSI FIHRI HASSAN

Nº de Nomenclature :

431 - 431

Docteur :

Monture :

Tetraphtique

120,-

Verres :

Progressif / 100%

VL :

Bx. C. A. C. IN 60.

OD : (155 - 0,6) + 125 1500,-

OG : (175 - 0,8) + 125 1500,-

VP :

OD : ADD + 2,75

OG : ADD + 2,75

166 - 120 46 ALI 11/10/2019

Total:

4200,-

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Quatre mille deux cent

~~OPTIC ABOU ALI~~
~~53~~
~~10/10/2019~~
~~Moudiba Keita Bloc J~~
~~Casablanca~~
~~Tél : 06 60 29 61 72~~