

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-519894

CR

N° = 91_033

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9579	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ATYA KHALIL			
Date de naissance : 19/03/68			
Adresse :			
Tél. : 06 61 699 699		Total des frais engagés : 1000,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : ATYA JAYEB Age: 15	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

AB 02/2020

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
06/11/2021		6	60000	INF : 1111 Dr HAMID Optimologie Fribourg Suisse LASABLANCA 22-9329-91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE ERREE VISION OPTICIEN - OPTOMETRISTE 7 Bd Ed Krimia Hay Fathia CASABLANCA - TEL: 0524 270 008 I.C.E : 0017892243000088 S. 762763	12.02.2020		Vernos + matthe			200.00

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 l'ODF.

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"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td>26533412</td><td>21433552</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2"></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H				26533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
26533412	21433552	00000000	00000000																						
D		G																							
00000000	00000000	35533411	11433553																						
B																									
				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'EXECUTION

Docteur . Hamid FARAH

Ophtalmologiste



الدكتور . حميد فراح

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات الاصنفية

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابق بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابق بمستشفى مولاي يوسف

**Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux**

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef

Casablanca, Le

06 FEV. 2023

الدار البيضاء في

ATYA TAYEB.

dr - 2 (-1,5 α 165°)

dr : - 2 (-1,25 α 10°)

docteur Hamid FARAH

Ophtalmologiste

24 Oum Errabbi Rue 50 N° 3

El Oulfa - CASABLANCA

Tel: 05 22 93 29 91

Bd OUM Errabbi - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91

شارع أم الريحان - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91

13/2/2020
Client: **ATYA**
TAYBE
Le **12/02/2020**

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT	-2.00	-1.50	165	
OEIL GAUCHE	-2.00	-1.25	10	

Vision de Loin :
Monture:
Verres : VERRES ORGANIQUE
ANTIREFLITES

Montant de Loin:

OEIL DROIT	250,00
OEIL GAUCHE	250,00
MONTURE	300,00

PRIX T.T.C
800,00
PRIX H.T
666,67
TVA
133,33

Arreté la présente facture à la somme de:

HUIT CENTS DIRHAMS

 I.C.E : 0017892243000028
 RC : 362763
 INPE : 095014080

 OPTIC FREEVISION
 OPTIQUE - OPTOMETRIE
 137 Bvd. Bt. Kouliyate Lot Habiba Haj Fateh Oulfa
 CASABLANCA - Tél : 05 22 90 11 33