

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4953

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHELLIQ HOUSSINE

Date de naissance :

01.01.1961

Adresse :

CEBARAB AÏN SEBAA ZONE D Imm 9 App 11
CASA

Tél. : 066.130.2886

Total des frais engagés :

4 860,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 MARS 2021

Nom et prénom du malade : CHELLIQ HAFIDA Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hulu e PO

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

Le : 26/03/21

Signature de l'adhérent(e) : CHELLIQ HAFIDA

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2 MARS 2021 | 6 | + | 200 DH |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | 26/03/2011 | | | | | 4560,-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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ROQAI CHAOUI Rachid

OPHTHALMOLOGISTE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Med V à El Jadida
Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie Laser

الدكتور رقعي شاوي رشيد

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

رئيس سابق لقسم أمراض العيون

بمستشفى محمد الخامس بالجديدة

أنجيوغرافيا أشعة الليزر

Casablanca, le : الدار البيضاء، في 22/03/2021

MME CHELLIQ HAFIDA

Verres correcteurs :

- *Vision de loin*

OD : +1

OG : (40°, +0,75) + 0.75

- *Vision de près*

OD : Add +3

OG : Add +3

Nature des verres Progressifs

+ Monture

32, شارع أبي ذر الغفارى - حى أمال 3 - سيدى البرنوصى - (أمام مقهى إيشيلينا) . الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 76 58 58
32, Boulevard Abidar El Ghifari - Hay Amal 3 - Sidi Bernoussi - (en face du café Ichbilia) - Casablanca - Tél. : 05 22 76 58 58

E-mail : chaoui.ophtalmo@hotmail.com

- OPTIC -

Optique Optométrie - Lentilles de contact
 Bd Abou Dar Ghafari ex E,rue 45 N° 8
 Sidi Bernoussi Casablanca (à coté de café Safir)
 Tél: 0522733203 Mobile: 0634667216
 Patente : 31611162
 ICE :001932476000030
 IF : 40419071 INP :095018594

FACTURE

N°: FA26320213164

Casablanca le: 26/03/2021

Prescripteur

Docteur :CHAoui
 Date ordonnance :22/03/2021

Client

Nom & Prénom : CHELLIQ HAFIDA
 Adresse :

| OD | Sphere | Cyl. | Axe | Add | Prisme | Base |
|--------|--------|------|-----|-------|--------|------|
| Loin | +1.00 | | | +3.00 | | |
| Interm | | | | | | |
| Près | +4.00 | | | | | |

| OG | Sphere | Cyl. | Axe | Add | Prisme | Base |
|--------|--------|-------|-----|-------|--------|------|
| Loin | +0.75 | +0.75 | 40° | +3.00 | | |
| Interm | | | | | | |
| Près | +3.75 | +0.75 | 40° | | | |

| Référence | Désignation | Montant HT |
|-----------|--------------------------------|------------|
| 1 | Verre :PROGRESSIFS MTC AMINCIS | 3000.00 |
| 2 | Monture :OPTIQUE | 800.00 |

| | |
|-------------|----------|
| Total HT | 3 800.00 |
| TVA | 760.00 |
| Total T.T.C | 4 560.00 |

Arrêté la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE CINQ CENT SOIXANTE DIRHAMS