

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Prclamation : contact@mupras.com

Se 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 personnelles.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0032106

82256

Optique

par courrier

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL BROJI MUSTAPHA

Date de naissance :

30/09/50

Adresse :

172 BD MED VI TANGER

Tél. :

0641 3434 06

Total des frais engagés : 3180 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HITMI LAILA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age: 61 ans

Enfant

Nature de la maladie : Cane de m o.Plaque

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.

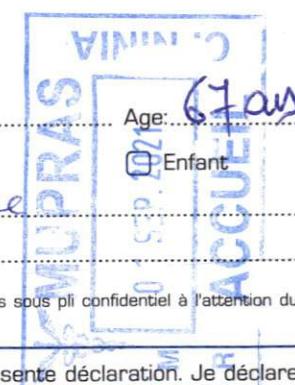
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : TANGER

Le : 12/08/2014

Signature de l'adhérent(e) :

S



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
			1000 DT	<p>Dr. EL ABBADY الدكتور العباس عبادى</p> <p>طبيب العيون Optometriste Optimélogiste</p> <p>36 Avenue Héritier Rés Al Ahram 1er Etg N°3 Tél: 05 39 94 74 83 - Tanger</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

Dr.El Alami L.

Chirurgie et Maladies des yeux

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Ancien Médecin Ophtalmogiste

au 3ème Hôpital Militaire

Tanger.le

الدكتور العلمي أ

الاختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات بوردو (فرنسا)

طبيب العيون سابق بالمستشفى العسكري الثالث

12/08/2024

طنجة، المغرب

HITMI LAILA

Chez un optique

lun

(VLUVYR)

1 paire

V: prescrif

OD = -2,00 (-1,75 à 160°)

OS: -3,75 (-2,00 à 160°)

Préssudal +2,75



lens usages

Dr. EL ALAMI

الدكتور العلمي علالي

Oculist

طب العيون

36 Av Prince Héritier Rés Al Ahram 1er Etg N°3

Tél: 05 39 94 74 83 - Tanger

And Réflct

+ Mount me



Rue Jamal Eddine Al Afghani

Galerie Al Andalous N°16 - Tanger

Tél : 0539943061

E-mail : info@optique-mounir.com

INPE : 165016866

FACTURE N° 77-21

Le: 18/08/2021

Mme. HITMI Laila

Ordonnance de : Dr. EL ALAMI L.

Désignation	Qté	Prix Unit. (TTC)
Monture optique	01	1200.00
Verre Progressif Antireflet	01	900.00
Verre Progressif Antireflet	01	900.00
Corrections:		
OD : -2.00 (-1.75 à 140°)		
OG : -3.75 (-2.00 à 160°)		
Add : +2.75		
TOTAL	03	3000.00

Total HT	Total TVA	Total TTC
2500.00	500.00	3000.00

Arrêter La présente facture à la somme de : **Trois mille dirhams.**

ICE : 001639205000043



Opticien Optométriste - Contactologiste