

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° W21-612460

85322

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4196			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SALOUIANE Abdellah
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 18/04/59			
Adresse : Casablanca			
Tél. : 0669 361390 Total des frais engagés : Dhs			

Authorisation CNDP N° TA A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : M. SALOUIANE Abdellah Age : 60			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Toux et fièvre			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15 SEP 2011

[Signature]

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
20/01/2021	CD		200.00	INP : 09160166613 DR CHAMI Abdelkamel Malades et Chirurgie des Os et Entrée

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

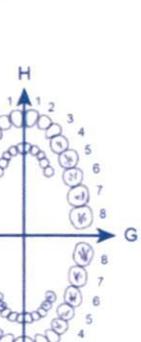
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
OPTIQUE Bd. Moudira GSM : 06272592	22/05 2022					310094	

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 des 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 border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td></td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black;">11433553</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D	00000000	00000000	35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D	00000000	00000000																					
35533411	11433553																						
B																							
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. CHAMI Abdelkamel
Maladies et Chirurgie des Yeux

Spécialiste Diplômé de la Faculté
de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد الكامل الشامي
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

أخصائي حاصل على دبلوم
من كلية الطب بمونبيلي

ORDONNANCE

Casablanca le :20/09/2021.....

M. SALOUANE ABDELKADI

lunettes V. Progressifs organiques Antizéflets

$$VL = OD = (180^{\circ}, -0,25) + 0,50$$

$$OG = +0,75$$

$$VP = \text{Addition} + 2,25 \quad OD$$

OPTIQUE LE BEAU COIN
Bd. Moudirouksita Bloc J N°70
GSM : 0625 27 25 92 - Casa

Dr. CHAMI Abdelkamel
Maladies et Chirurgie des Yeux
Rés Riad Oulfa Gr 14 Entrée 4
Appt N° 48 Appartement 48
Tél 05 22 31 38 03

Optique Le Beau Coin

Patente N°36612797 - LF: 50791172 R.C: 635648
 INPE: 001719172 JCE: 00179006000087
 Bd Moudibikita, Bloc (J) N°70 Casablanca

OPTIQUE LE BEAU COIN
 Bd Moudibikita Bloc J N°70
 GSM: 0625 27 25 92 - Casa

Facture N° C 103733

Casablanca le: 22/09/2022

Mr: SALOUANE ABDELHAD

VL:			
OD: (-180 -0.25)	+0.50		
OG: +0.75			
VP:			
OD: ADD 2.25			
OG: ADD 2.25			
Monture:		600,-	
Verres:		250,-	
Total:		3100,-	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de:		trois mille	
<u>Cent</u>			