

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 630 Société : RAD

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAJI L MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : CHERAT IN 80 APPT 1 RUE 1 OULFA CASA

Tél. : 06 70 98 62 00 Total des frais engagés : 3 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/09/2021

Nom et prénom du malade : HAJI L MOHAMED Age : 77 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affectio...

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 : 06/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
16 SEP. 2021	(S + F.O)		300 D.H.	Dr. MECHICHE Kamel Missa Ophtalmologiste 237, Bd. Zertkouni - Casablanca Tél.: 05 22 94 32 68/88

## **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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique Aigle Vision OPTIQUE N° 49 Cufca Eu 35 049 Cufca 1293	9/9/21					33.00,-

#### **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

**Docteur Anissa Mechiche-Alami**  
Ophtalmologiste  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتورة أنيسة أمشيش العلمي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
خريجة كلية الطب بمونبولي

237, Bd. Zerkouni  
Résidence Al Kheir, 2<sup>ème</sup> Étage  
Casablanca  
TÉL.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

شارع الزرقطوني 237  
إقامة الخير، الطابق الثاني  
دار البيضاء  
الهاتف 05.22.94.32.69 - 05.22.94.32.68

16 SEP. 2021  
Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

H A J I L      المراجعة

- lunettes pour VL      Socle bref

$$OD = (30^\circ - 0,50)$$

$$OS = (60^\circ - 2,50)$$

- lunettes pour VL

add + 3 ODS

ptique Aigle Vision  
OPTICIEN  
N° Rue 136 N° 49 Culfa  
Casablanca R.C. 12783  
Tel. 05.22.93.22.03

Dr. MECHICHE Alami Anissa  
Ophtalmologiste  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél.: 05.22.94.32.68/88

# OPTIQUE AIGLE VISION

**OPTICIEN**

HAJIL Mohamed

CASABLANCA Le : 9/9/2021

**FACTURE N° :** 02M9 2021

Désignations	P,U	PRIX TOTAL
Monture optique Verres Progressifs signature Anti Reflet OB : (90° - 0,5°) OU : (60° - 2,5°) Add : +3,00 OBC		800.- 2500.-
	TOTAL	3300,-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille trois cent den

Optique Aigle Vision ]  
OPTICIEN  
N° Rue 136 N° 49 Culfa  
Casablanca - R.C 12783  
Tél. 03 22 93 22 77

Siège social : Rue 136 N° 49 GR "N" Oulfa - Casablanca -Tél /Fax : 0522.93.22.99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 -RC : 121783 ICE :000037852000085