

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.

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.

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

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.

N° P19-

061914

98276

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 89 44

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FAKIR ELIASSAN

Date de naissance : 29.10.41.1965

Adresse : 391 LOT HAJ FAIR RUE 12, NR 20

OLFA CASA

Tél. : 06 24 61 06 66 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Dalia SDAI DAKKISSI
Ophtalmologiste
84 Bd My Diss 1er
Té: 05 22 28 08 06
INPE 091033100

Date de consultation : 25/11/2021

Nom et prénom du malade : EL FAKIR Mohamed Amine Age: 22

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Mise de réflect

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 : 31/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : G. Fakir

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
25/11/2024	CV	6	Autre	Dr. M. DRISS 84, Bd. M. DRISS 1er Tél. 05 22 86 06 06 INPE : 091033100

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 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	
Opticien Kinésithérapeute	23.12.21					1 000,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est **obligé** 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAILX

MONTANTS DES COINGS

DATE DU
DEVIS

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالموجات فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 25 novembre 2021

Mr. EL FAKIR Mohamed Amine

Monture + verres correcteurs

Antireflets

OD = - 2.25 (- 0.50 à 10°)

OG = - 2.00 (- 0.50 à 25°)

EIP 63 mm

*Optique à la peur c'est
l'automatiste et l'opticien*

Dr. Dalila SBAI IDRISI
84 Bd M. Driss 1er
Tel: 05 22 86 06 06



Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture : N° 003074

Date : 23. 12. 2021

Mr : ELFAKIR Mohamed Amine

Docteur : Dalila SBAI IDRISI

Type des Verres : ORNA AR

Monture : Plastique 200,00

Vision de Loin :

OD Axe 10 Cyl -0,50 Sph -2,25 500,00

OG Axe 25 Cyl -0,50 Sph -2,00 500,00

Vision de Prés :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Add :

Montant : 1200,00

Mille deux cent DHS

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211