

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-713698

115735

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11232</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>HANK RIR Mohamed</u>			
Date de naissance : <u>12/09/1966</u>			
Adresse : <u>BD GHIZZA, 38, Résidence Amira</u>			
ou led tales n°in chole			
Tél. : <u>0662 7634 68</u>	Total des frais engagés : <u>3050,00 DHS</u>		
El ALAOUI Bahija			
OPHTALMOLOGUE			
105, Bd. Afghanistan			
Hay Hassani Casablanca			
Tél 05 22 93 32 66			
Cachet du médecin : <u>JUN 2020 HASSANI</u>			
Date de consultation : <u>01 juin , 2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>HANK RIR Mohamed</u>			
Age : <u>55</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>Ville de retraite</u>			
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : <u>Le : / /</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			

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
01.6.2022		5	2500	INPA 091237800 EL ALAOUI OPHTALMO Hab 105, Bd Habs

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
ALTAVISION SA OPTICIEN OPTOMETRISTE 383 Bis Bd Mohamed V Belvédère Casablanca Tel: 0522 24 27 84	le 02/06/12 2800	383 Bis Bd Mohamed V Belvédère Casablanca Tel: 0522 24 27 84

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

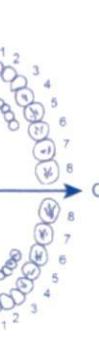
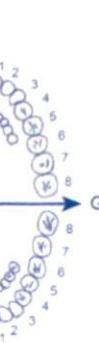
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Debut d'exécution []
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin d'exécution []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Date du devis []
				Date de l'exécution []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Casablanca, le: 01-6-2022
الدار البيضاء، في:

95 Haas K Rijl 90
Reel Reel's Amal

Op. (96-075)+275

6: (95°-1)+85°

0.00 +2.25 / 0.00

DR EL ALAOUI Bahija
OPHTHALMOLOGUE
105, Bd. Afghanistan
Hay Hassani Casablanca

105, Bd. Afghanistan - Hay Hassani - Casablanca - Tél: 0522.93.32.66
E-mail: ibhaaj@hotmail.com

Aqselem
(Mrid).

Lalie

2 fm

le mlt

IK EL ALAOUI Bahja
OPHTALMOLOGUE
106, Bd. Al Afghanistan
Hay Hassan, Casablanca
Tel: 0522 9332 66



ALTAVISION

FACTURE 2022/0040.....

CODE INPE/095009601

Casablanca, le 21/06/2022.

NOM M. HANKEIN Jérôme

DR BLAASIN Bonya SAWAACHEN

DESIGNATIONS

PRIX UNITAIRE

1 MONTURE : Patches

800,-

2 VERRES : Progressif organique A2
Amin 8%

OD 2,75 (-0,75 -0,90) ADD 2,25 1000,-

OG 1,50 (-1,00 -0,95) ADD 2,25 1000,-

2800,-

MONTANT TOTAL 2800,-

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE EN (DHS)TTC/

DONT TVA20% INCLUS

383BIS BD MED V CASABLANCA

TELEPHONE:0522242784/RC273839/IF14413207/ICE000031855000030

De Mallihi Hisham
S.A.L. ALTAVISION SARL
OPTIQUE OPTOMETRISTE
383 Bis Bd Mohamed V Belvédère
Casablanca
TEL: 0522 2427 84