

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Nº M21-

063945

12586

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Reformé

Nom & Prénom :

El Saïd Saïd

Date de naissance :

17-03-1952

Adresse :

Route D'Arenour - René Dohla n° 26

Tél. : 05 22 39 16 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17-05-2022

Nom et prénom du malade :

El Saïd

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :
Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension

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 :

Le : 10-06-2022

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
xx/11/2009	Visite de Salle	9	260.-	PHTA / Dr Docteur Fouad Zakkouti, 1er étage Casablanca Bd Zekkak, 1er étage Casablanca 334

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.05.2022	119,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	17/07/22	cpt	g			 3100

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'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LIBERTY VISION

PATENT N°: 380110

RC N°: 424508 IF N°: 40238037

CNSS N°: 5133327

Résidence El Yamama

107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheil) Tél : 05 22 25 16 26

Mâarif Casablanca

Patente N°: 35800120 N° 0035075

PATENT N°: 35800120

RC N°: 424508 IF N°: 40238037

CNSS N°: 5133327

اقامة البهامة

ICE: 001807/1700004

١٠٧، شارع بيرانزاران

المعاريف الدار البيضاء

البيانات: 35800120

Docteur : F. NCIRI

Mr. : EL AAZI S.A.S.P.

Nomenclature :

Montures

VL : optique 92 ~

VP :

Type de Verres :

Progressif organique
A.R. Progressif

VISION DE LOIN :

OD : Axe : 92 Cyl : -1.00 Sph : +2.75 Add : 1.00

OG : Axe : 105 Cyl : -1.00 Sph : +3.25 Add : 1.00

VISION DE PRES :

OD : Axe : 105 Cyl : - Sph : -

OG : Axe : 105 Cyl : - Sph : -

Add : +3.25 = 3.25

TOTAL : Trop Miller Card DMS

Le : 11/05/2022

Optic LIBERTY VISION
 Optician Optometrist
 107, Bd Biranzarane (Ex Bd Rapheil)
 Résidence El Yamama Casablanca
 www.libertyvision.ma

