

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4744 Société : RAM N20663

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDELAFIZ

Date de naissance : 01.07.48

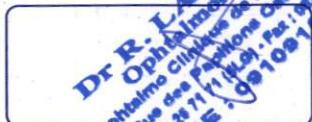
Adresse : 160 Bvd ANFA 1^{er} ét. 26 ET. 8

CASABLANCA

Tél. : 06 69 58 39 36 Total des frais engagés : 120000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2022

Nom et prénom du malade : Ben Yahia Abdelfaziz Age : 74

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : 020.06.2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES CHARGES ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le caractère légitime des actes
15.08.2002	CTR		C.6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
TAKOPTIC Mme Mouhamed Alimi Bd. Bir Anzarane, Casablanca INPA: 095014494	17/06/2022					15000 DT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

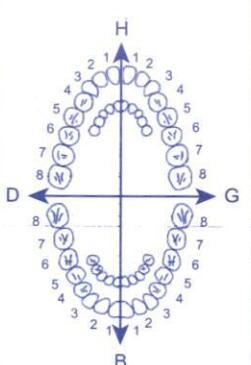
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT211004144828

Casablanca le :
15 juin 2022

BENYAHIA Abdelaziz

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = Plan

OG = (- 1.25 à 100°)

VP : ODG = Add : + 3.00

TAK OPTIC
Mme Mounia Salmi
13, Rue des Papillons - Casablanca
INPE : 095014494

DR R. LAMRANI
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522 25 71 71 (SLD) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091091520

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

Facture



Facture N° :
508
Date :
2022-06-17
Client :
BENYAHIA
ABDELAZIZ

TAK OPTIC
73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif
Tel: 0522-256704

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	0.00			
VLG	0.00	-1.25	100	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	500.00	500.00
2	ORGANIQUE ANTI REFLET	1	500.00	500.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	250.00
Total HT	1250.00	Net à payer	1500.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

mille cinq cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

TAK OPTIC – 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif – 0522-256704 – visionexpress.casablanca@pubwebo.com
IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE:095014494

TAK OPTIC
Mme Mounia Salhi
75 Bd. Bir Anzarrane Maarif
INPE : 095014494