

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.

Matricule : 05701 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GADROUZ RACHID

Date de naissance : 07-06-1967

Adresse : HAB

Tél. : 0678 061 086 Total des frais engagés : 2650,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/06/2017

Nom et prénom du malade : GADROUZ EL MEHDI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Céphalées cervelle

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 : Casablanca

Le : 24/02/2017

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
20/06/2022	Acte de soins		200,00	200,00
20/06/2022	Acte de soins		200,00	200,00
20/06/2022	Acte de soins		200,00	200,00

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

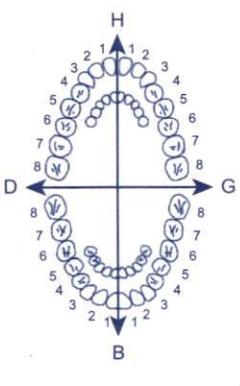
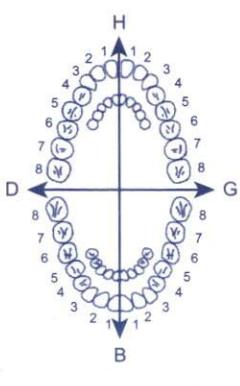
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
PHARMA OPTIQUE Opticienne Optométriste Diplômée 235, Bd Yassine El Mansour Rés. d'Antale - Casa Tel: 05 22 36 85 76	23/07/2022	1 monture optique guitares organiques photochromiques anti-reflets				700,00 1100,00 T: 2400,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	G	21433552 00000000 B 00000000 11433553
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

Casa le : 28 Juin 2022

Enf. GADROUZ Elmehdi

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = (- 2.25 à 5°)

OG = (- 2.00 à 170°)

1/ OPATANOL: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

2/ PHYSER SERUM

UN LAVAGE LE SOIR, les deux yeux

PHARMA-OPTIQUE
 Opticien Optométriste
 235 Bd Yacoubi
 Rés Al Attala
 Tel 05 22 36 55 78

pharma

OPTIQUE

FACTURE

FACTURE N° : **148/2022**

DATE FACTURE : **23/07/2022**

CLIENT : **GADROUZ EL MEHDI**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : <u>1</u> OPTIQUE	700,00 DH
Verres : <u>OG1</u> ORGANIQUE PHOTOCHROMIQUES ANTIREFLET	850,00 DH
<u>OD1</u> ORGANIQUE PHOTOCHROMIQUES ANTIREFLET	850,00 DH
<u>Nmclatr :</u>	
OD: +0.00 (-2.25 à 5°) , Add = +0.00 , Prisme = +0.00	
OG: +0.00 (-2.00 à 170°) , Add = +0.00 , Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

Total TTC : 2 400,00 DH

DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Total HT : 2 000,00 DH

TVA 20% : 400,00 DH

Frais de Timbres : **0,00 DH**

PAYE PAR CHEQUE

Montant Total Payé : 2 400,00 DH

Pharma Optique
CHARAF CHERHAOUI Jallia
Opticienne Optométriste Diplômée
05 22 36 85 76 - 06 89 52 90 70



095004461