

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-722276

124016

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11922 Société : Rm

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SETACHI MUSTAPHA

Date de naissance : 22/12/78

Adresse : RS Ghirafa Nr Riv. Agora

Tél : 0661 486282 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/22

Nom et prénom du malade : HAMZA SETACHI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Anévrisme de l'aorte

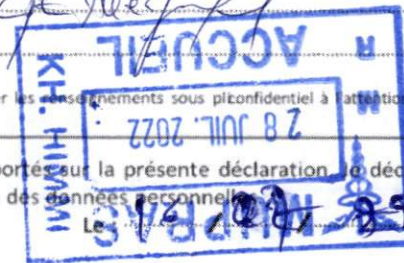
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com


RELEVÉ 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
06/07/22	C2 + F2	9/1	200	16267158

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/7/22	1110.46

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

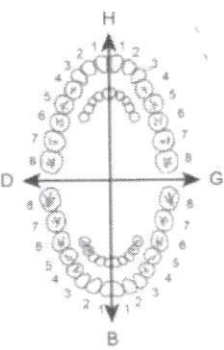
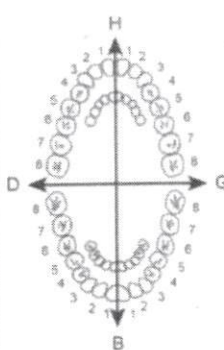
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/7/22		90.70

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

DR. Samia El Haouzi

Ophtalmologiste
Chirurgie et maladies
des yeux adultes et enfants



الدكتورة الحوزي سامية

اختصاصية في طب وجراحة
العيون للكبار والصغار

- Ancien médecin au centre national d'ophtalmologie des quinze-vingts à Paris
 - Ancien médecin à L'Hôpital des spécialités de Rabat
 - Ancien médecin interne au CHU de Rabat
 - Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris
- طبيبة سابقة بالمستشفى الوطني لطب العيون 15-20 بباريس
 - طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط
 - طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط
 - خريجة كلية الطب بالرباط وباريس

طنجة في : 06/07/22
Tanger le :

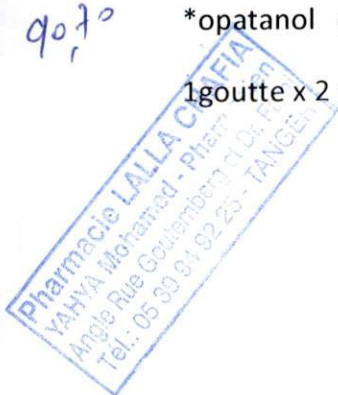


L'enfant hamza setachi

les 2 yeux :

*opatanol collyre

1goutte x 2 par jour 1 mois



**Ophthalmologiste
Chirurgie et maladies
des yeux adultes et enfants**

**اختصاصية في طب وجراحة
العيون للكبار والصغار**

- Ancien médecin au centre national d'ophtalmologie des quinze-vingts à Paris
- Ancien médecin à L'Hôpital des spécialités de Rabat
- Ancien médecin interne au CHU de Rabat
- Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris
- طبية سابقة بالمستشفى الوطني لطب العيون 15-20 بباريس
- طبية سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط
- طبية داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط
- خريجة كلية الطب بالرباط وباريس

Tanger le : 26/07/22 : طنجة في

OPTIQUE بصريات
الافق **HORIZON**
Khalid SAOURY Opticien Optométriste
Rue Gutenberg N°86 Lalla Challa
Tél: 05 39 37 00 17 TANGER

Hafsa setachi

Verres incassables de loin :

OD : -1.25 (-1 à 160°)

OG : -2 (-0.75 à 175°)

+MONTURE

سامية الحوزي
Spécialiste en ophtalmologie
Av. fès, Imm. Atento, 3ème ét.
N°3 - Tanger - Tél.: 0539332929



165003047

FACTURE

CLIENT: SETACHI HAFSA	DATE :06/07/2022
OPHTALMO: SAMIA EL HAOUZI	N° :0221/22
DATE DE PRESCRIPTION: 06/07/2022	

	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
	MONTURE OPTIQUE	1	800.00
OD	-1.25(-1.00,160°) BBGR UNIFOCAL ORG 1.6 BLUVBLUE 1.6 AS 1.6 75	1	500.00
OG	-2.00(-0.75,175°) BBGR UNIFOCAL ORG 1.6 BLUVBLUE 1.6 AS 1.6 75	1	500.00

Total HT	TVA 20%	Total TTC
1 500.00	300.00	1 800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **MILLE HUIT CENT DIRHAMS .TTC.**

MODE DE PAIEMENT: ESPECES

Opticien Optométriste
SAOURY Khalid
Aut.: N°5957

الادق
Khalid SAOURY - Opticien Optométriste
Rue Gutenberg N°86 - Lalla Chafia
Tél: 05 39 37 00 17 - TANGER

ICE : 000506860000025