

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

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

N° W21-723575

725002

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11592	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Sadaya Hunda			
Date de naissance : 21/11/1976			
Adresse : 38, Rue Tahar Sebti			
Tél. :	0626934689	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	BADALIA HINDA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<input type="checkbox"/> Enfant
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /





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
21/01/12 Gu/1		300,02		INP 01043851
				Pr. DACHUD OPTIMISEUR 10 Place de la République 63000 CLERMONT-FERRAND

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
LUNETTE ISLAM 148, Rue des Anglis Casabianca	28.07.06					1500,-

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.																																		
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																		
MONTANTS DES SOINS																																		
DEBUT D'EXÉCUTION																																		
FIN D'EXÉCUTION																																		
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B																					
	H	26533412	21433552																															
	D	00000000	00000000																															
	G	35533411	11433553																															
	B																																	
	CŒFFICIENT 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																																		



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IP : 30011276 - INP : 33610708

Facture 0016311

Casablanca, le 28.02.2022.

M. SADAQA HINDA Doit

Nature des Verres	Vision de Loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
<i>organic</i> <i>AZ</i>	OD 1 OG 1	OD 1 OG 1	OD 1 OG 1	OD 426 OG 624
Monture	Métal	Plastique	1500 ~	
V.L : -OD	(0.75, 14) +0.25		2200 ~	
-OG	(-2.25, 10) +0.10		2000 ~	
V.P. : -OD	1			
-OG				
ADD/+	+ 1.75			
TOTAL			1500	

Arrêtée la présente facture à la somme de

1015

un mille cinq cent



- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال والحوال.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الانكسارية بكلية الطب ببرازان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

21 juillet 2022

Mme SADAQAHINDA

**Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets**

VL : OD = + 0.25 (- 0.75 à 145°)

OG = + 0.50 (- 1.25 à 10°)

VP : ODG = Add : + 1.75

LUNETTE ISLAM
148, Rue des Anglais
Casablanca

Pr. DAOUDI D. Jaâfar
Ophtalmologue
10, Place des Nations Unies - Casablanca
Tél : 0522 29 81 19 - 05 22 22 37 76