

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

M22- 0010146

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 451

Société :

RAM

105462

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rouissi Tahra

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 10, Allée Andromède quartier des hôpitaux
Casablanca

Tél. : 0637926793 Total des frais engagés : 10.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/22

Nom et prénom du malade : Rouissi Tahra Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Coquetté cécité

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

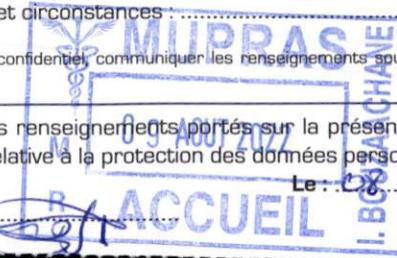
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/08/2022

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
11 06 22	CUS		210,00 115	



EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
6. 8. 2022	10.000,-
095 002663	

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	

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'ODP

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Ophtalmologiste



اختصاصي في طب وجراحة العيون

- Chirugie de la cataracte (phako)

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

- تصحيح البصر لاي Zuk

Mett à HSA

17/06/2022

Casablanca, le :

ROUSSI Tahra

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (100° -1,00) + 1,25 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (74° -1,25) + 1,25 , Addition + 2,50



Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الطرامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

**OPTIQUE OPTOMETRIE
MIRI**

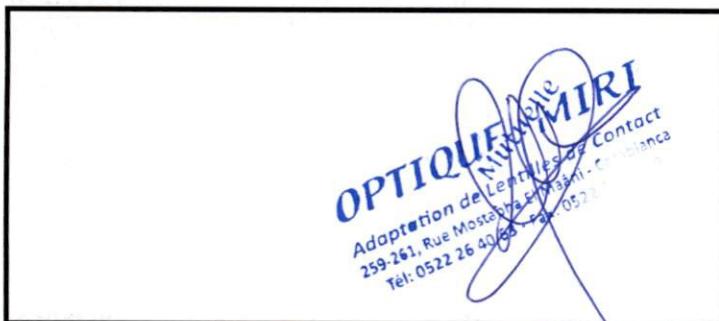
259-261 Rue mostafa El Maâni
Tel : 022 26 40 63 -Casablanca
Fax : 022 29 38 30

FACTURE N 124/2022

LE 06/08/2022

MME ROUSSI TAHRA

Matricule 451



Ordonnance du médecin ADIL WAHIDY

NOMENCLATURE	LOIN	OD	OG
DF Progressif			
OD 431 OG 431	PRES	OD	OG

FOURNITURES

1 MONTURE

2 Verre organique PROGRESSIF NIKON PRESIO W SC BLEU 1,6

VL	VP
2 000	
	8000
10000	

La présente facture est arrêtée à la somme de :

Dix mille dirhams

HT = 8333,33

TVA 1666,67

R.C 197582

PATENTE 34202047

CNSS 1627093 TVA 807690

IF 41802900

ICE 001690017000087

OPTIQUE MIRI
Adaptation de Lentilles de Contact
259-261, Rue Mostafa El Maâni - Casablanca
Tél: 0522 26 40 63 - Fax: 0522 29 38 30