

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 89.66 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENNIS MED HICHAM

Date de naissance : 10/12/1970

Adresse : BOUSKOURA GOLF CITY VILLA 310

VILLE VERTE NOUACEUR

Tél. : 06 61 25 16 19 Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/09/2022

Nom et prénom du malade : ELGADERY RKIA Age : 43

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : VIE LE PROBL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ~~MUPRAS~~

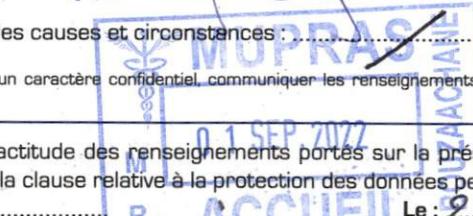
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 25/10/2022

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
25/07/2018 M l'infirmier Sous surveillance Cles S. L'assuré		Cs	350,-W.	CHU de Toulouse Pr. Assistant International Ophthalologie 0912618000

HONORAIRES	
nt détaillé onoraires	Cachet et signature du Méde attestant le paiement des A
0 t w.	<i>Hôpital Universitaire International de Paris Pr. Assistant MOUHIB LOUBSI Ophtalmologie</i>
	0912618000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Angle Bd. Stendhal & George Sand 05 22 26 49 95 - Casablanca	24/08/22	AF 1500,-

, Angle Bd. Storchal & George Sand
tel.: 05 22 25 49 95 - Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

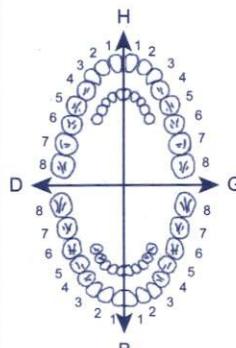
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

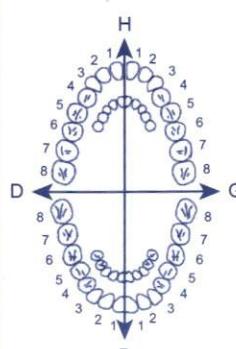
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



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



HÔPITAL'UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



220104140649ES

ORDONNANCE
25 juillet 2022

ELGADERY RKIA

Bouskoura, le :

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 1.00 (- 0.25 à 15°)

OG = + 1.00 (- 0.50 à 150°)

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant MOUHIB LOUBNA
Ophtalmologie
091261800

Belle Vue
51, Angle Bd. Stendhal & George Sand
Tél. : 05 22 25 49 95 - Casablanca



FACTURE N° **4 613**
 DATE: **24/08/2022**
 NOM: **ELGADERY Rkia**
 MEDECIN: **MOUHIB**

	SPH	CYL	AXE	ADD
V.L.D	+1.00	-0.25	15°	
V.L.G	+1.00	-0.50	150°	
V.P.D				
V.P.G				

DESIGNATION	PRIX
MONTURE	
Optique	500.00
VERRES	
Organiques AR	500.00
Organiques AR	500.00
Total TTC:	1 500.00
T.V.A	250.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200210378

F A C T U R E

N° 16 593 / 2022 du 25/07/2022

Nom patient : **ELGADERY RKIA**

Entrée 25/07/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/07/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation d'ophtalmologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		300,00	300,00	0,00

