

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 5232

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EZZAHER ALI

Date de naissance :

01-01-1948

Adresse :

Bou Chentouf, Rue 52 N° 15 Casablanca

Tél. : 06 204 939 82

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du médecin :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Conso

Le : 30/10/2022

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
30.03.22	C.S		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

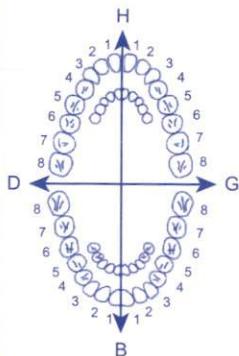
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/03/2022	Algue			3000,00	
	21/03/2022	Algues			AR	

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	Cœfficient	
				CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		21433552 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز العيون بئر أنزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة جامعة باريس VII
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le

30/8/22

الدار البيضاء في:

Essefa 2 Touria

ep

Ezzaher

Verso e

Antro - 30° oculis
+1,25 ont refl
progressif

= +4,50

(-1,50 a 95)

OG = +5 (-1,25 à 82°)

EVÉ DÉTIC SAVI
OPTIQUE
IBN HADJAL
3 NARS
6 BIS
CASABLANCA
TÉL: 06 32 84 111 - R.C: 337929
IC: 0001128840000666
TÉL: 0522273799
IC: 001128259355
OPTIQUE
IBN HADJAL
3 NARS
6 BIS
CASABLANCA
TÉL: 06 32 84 111 - R.C: 337929
IC: 0001128840000666

o d + 2,50

10522273799
001128259355
OPTIQUE
IBN HADJAL
3 NARS
6 BIS
CASABLANCA
TÉL: 06 32 84 111 - R.C: 337929
IC: 0001128840000666



Let $\log \log 22$

M: essa far foulder

Type des verres : Progressif AR

Monture: ..., off the queue 100,00 N/A

Vision de loin :

OD Axe 99 Cyl 1,16 Sph + 1,10 100,00 M

OG Axe 82 Cyl 1, 21 Sph + V 1000,00 M

Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cylai Sph |

Add : _____
Montant : 300,00 AV

6, BIS Rue de la République 2 Mars
93792 GENASCE S.A.R.L.
Tél: 06.35.19.91.91
Fax: 06.35.19.91.91
E-mail: optic@optic93792.fr
Site: www.optic93792.fr