

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.

N° W21-730015

138761

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : A3046	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMRI Asmae			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 70 46 82 16	Total des frais engagés :	2000 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="text"/>
Cachet du médecin :	<input type="text"/>
Date de consultation :	03/09/2022
Nom et prénom du malade :	AMRI Asmae
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	affection abdominale
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 : **6000 Casablanca**

Signature de l'adhérent :

Le : **28 NOV. 2022**

IN

ROUAFI MOHAMED

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
03/09/22	5	1	390	INP : <input type="checkbox"/> Professeur Adelkrim ABOU TAYEB : 101107888

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	<i>Signature</i>	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>Etre Optique</i> Opticienne - Optométriste Av. Madga Star, Imm. Mag. N° 3, Dior Jmaâa - Tél: 06 27 66 07 93	28/11/22				1700,00 <i>M.</i>

VOLET ADHERENT

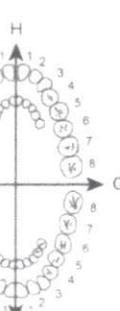
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF

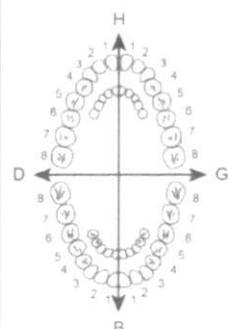
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cir.

مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat



PT220903080712



03 septembre 2022

AMRI Asmae

Monture + verres correcteurs

Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

OD = (- 0.50 à 155°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 180°)

Etre Optique
Opticienne - Optométriste
Av. Madagascar, Imm. A
Mag. N° 3, Diour Jamaâ - Rabat
Tél: 05 37 66 07 93

Abdelkrim ABOUNOUAR
Professeur en Ophtalmologie
INPE : 101107886

Cir.



مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat

+212 052 11 00 00

PT220903080712

03 septembre 2022

AMRI Asmae

PURE COLLYRE

1 goutte 3x/j, dans l'œil gauche, pendant 2 Mois

Abdelkrim ABOULANOUAR
Professeur en Ophtalmologie
INPE : 101107886

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT**RABAT****Reçu de caisse**

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
221030759	AMRI ASMAE	03/09/2022
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par :WISAL





Nº 500089

Hasnae CHOUKRI

Opticienne - Optométriste

Avenue Madagascar, imm A, mag N3, Diour Jamaa - kabat

Tel : 0537-660793 Email : ere.optique@yahoo.fr

Date : 28/11/2022

Facture

M:me AMRI ASMAC

Arrêté à la somme de : Mille sept cent cinquante

Signature

Ere Optique
Opticienne - Optométriste
Av. Madagascar, 1^{er} étage
Mag. N° 3, DJW Jamel - Rahat
Tél: 05 37 62 07 93