

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8367

Société :

RAM

AU1343

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSA KHALIL

Date de naissance :

17/07/64

Adresse :

08 Rue Hassan Ben Sahl 1000

Tél. :

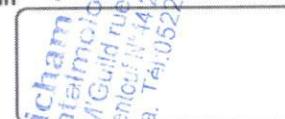
0661338657

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/11/92

Nom et prénom du malade :

SAADIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION CŒAUX

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

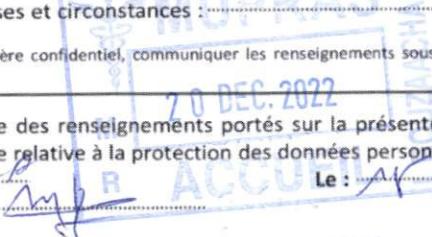
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 20 DEC. 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
AS 10 22	CS-PT		2000	IMP 09/11/2023 Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/10 2022					45000

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.

OPTIQUE EL FATH

Bd. Moudibokeita, Bloc «j» N° 83
Casa - GSM : 0661 97 79 82
Patente : 36616616



نظارات الفتاح
شارع موديبوكينا بلوك "ج" رقم 83
الدار البيضاء - المغرب : 06 61 97 79 82
الهاتف : 36616616

FACTURE

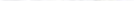
Nº 0019070

Casablanca, le :

M: SWAII SAADIA

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture: 

Verres: Olyan et al.

VL: _____

$$OD: (50, 50)$$

OG: 10, 25

VP: _____

OD: +1.75

OG: 1.73

Total : 4500/-

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:

Quantitative Miller Clegg + Page 53



ORDONNANCE

Casablanca, le : ١٥-١٢-٢٢ الدار البيضاء، في:

SNAII SAADIA

L'Ute Tahir

$(-0.50 - 0.75 - 0.25)$
 0.00
 $+0.75 + 1.75$

ARTÈSE ✓

$160 \times 26 / 300$

Dr. Hicham TAHIRI
 Dr. Ophthalmologist
 El Beni M'Guild Rue Chiadma
 Derb Bouchentouf N° 44 2nd Etage
 Casablanca. Tel: 0522 28 01 01

شارع بنى مكيلد - زنقة الشياضمة درب بوشنتوف - رقم 44 الطابق الثاني الدار البيضاء الهاتف : 01 01 22 28 05

Bd. Beni M'guild - Rue Chiadma Derb Bouchentouf - N° 44, 2^{ème} Etage Casablanca - Tél.: 05 22 28 01 01