

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-720526

243205

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9633

Société :

Actif

Pensionné(e)

BATHRI MOHAMED

Autre :

Date de naissance : 10-11-1970

Adresse : 292 EL KATEIR SIDI MAAROUF CASA

Tél. : 0665307725 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2022

Nom et prénom du malade : Bathri

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection ocre Fakir

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : N. Dahbi

Le : 22/11/2022

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
22.11.11 222	Cg		300 dhs	INP : 0944113316 Dr. MIYARA * Signature : Dr. MIYARA * Date : 28/11/2011 Signature : Dr. MIYARA * Date : 28/11/2011

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	31/05/2012					2000
	23/05/2012					
	26/05/2012					

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.



N°: 000462

Nom : BAHRI

Date : 3.1.1.2.2022

Prénom : ARWA

- Docteur MERHA MIYARA

PRIX

OD : AXE 20 CYL 0,75 SPH +5,50 560,-

VL

OG : AXE 160 CYL 1,25 SPH +5 200,-

ADDITION : ~

OD : AXE ~ CYL ~ SPH ~

VP

OG : AXE ~ CYL ~ SPH ~

Verres OD au goutte 150

Monture optique

TOTAL
2.000,-

Facture arrêtée à la somme de : deux Mille DH

Optique Al hamd
Opticain Optométriste
B90 LOTTISSEMENT AL WOROUD
Rashid MANSOUR
Casablanca - tel. : 06 61 87 28 23
INPE: 095017265



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

22 novembre 2022

الدكتورة ميار نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال
علاج وجراحة حول العدسات الاصفحة

Enf. BAHRI Arwa

Monture + verres correcteurs
Organiques

OD = + 5.50 (- 0.75 à 20°)

$OG = + 5.00 (- 1.25 \text{ à } 160^\circ)$

The image shows two circular blue ink stamps from 'Nezha MIYARA Opticien'. The left stamp contains the address '15, Rue Kastellane 69360 Villefranche-sur-Saône' and the right stamp contains '15, Rue Kastellane 69360 Villefranche-sur-Saône'. Both stamps include the phone number 'Tel. 06 22 88 44 26', fax 'Fax 06 22 98 44 28', and the text 'Société en commandite par actions'. A handwritten signature 'Ney' is written across a large oval drawn over the stamps.