

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Nº W19-566859

150261

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : M216 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : RCHID Khalid

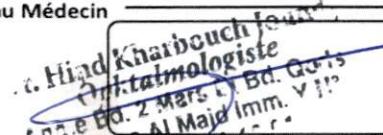
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 3060 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 FEV. 2023

Nom et prénom du malade : RCHID Khalid Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 : Casablanca

Le : 10/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Rehia

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
2 FEV. 2023	CS		250 dt	INPE 977-165393
				M. Haid Kharbouch Dentistologiste Bld. 2 Mars El Bd. 6013 Almaid Imm. V 134

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	
NOTR' OPTIC Angle Bd. 2 Mars et Bd. El Kods - Mag. N°5 m. Al Maghainat - Ain Chock CASA Tél : 05 22 52 59 88	AT 02 2023		Martine Verre			2800,00 Dhs

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Hind KHARBOUCH

Spécialiste en Ophthalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet

Ophthalmologie

د. هند خربوش

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الحالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر النظر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة والليزر

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le : 17 février 2023

Mr RCHID KHALID

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques, Antireflets

VL : OD = - 5.50 (- 1.00 à 93°)

OG = - 5.75 (- 1.00 à 69°)

VP : ODG = Add : + 1.25

~~NOTRE OPTIC~~
~~Angle Rd 2 Mars et Bd.~~
~~El Kods El Majd~~
~~Tél : 05 20 52 59 88~~
~~N°5 CASA~~

*Dr. Hind Kharbouch Jour
Ophthalmologiste
Angle Bd. 2 Mars & Bd Al Qods, Residence Al Majd Imm I - N°1, Ain Chock - Casablanca
Residence Al Majd Imm. V 11*

Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods
Imm - Mag n°5 - Aïn Chok
Casablanca - Tél : 022 52 59 88

N° Identification : 02202896
Patente : 34062115
R.C. : 127047

TCE:0000373350 00096

Nom et Prénom :

Rchid Khalid

Date : 27.02.2023

Vision de Loin	Vision de Près
OD : Sph - 5,50 Cyl 1,00 à 93'	OD : Sph - 4,25 Cyl 1,00 à 93'
OG : Sph - 5,75 Cyl 1,00 à 69'	OG : Sph - 4,50 Cyl 1,00 à 69'

Double Foyer

OD : Sph _____ Cyl : _____ ADD : _____

OG : Sph _____ Cyl : _____ ADD : _____

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : Optique	700,00 Dhs
	Verre : Verre progressif Organique Anti-reflets à minc	2100,00 Dhs

Montant en lettres : deux mille
Quatre Cent Dirhams

Total	2800 ,00
	Dhs

NOTR'OPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
El Kods / Mag. N°5
Imm. Al Majd Aïn Cheek - CASA
Tél : 05 22 52 59 88