

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 canalaire, 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 canalaire.

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="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : 3432 Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HABA Hamid

Date de naissance : 05/08/1965

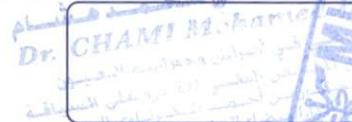
Adresse : Hab. Qads Desi FAJR Imm. ESSAOUIRA N° 2 S. B

Tél. : 06 61 91 52 46

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/03/2023

Nom et prénom du malade : HABA Saïd

Age : 18 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anémie tropique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0006440

156051

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

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
02/03/23			250 DT	Dr. CHAIBI AZIZ - Name : Michael

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LADER OPTIQUE OPTICIENNE D'ORDONNANCE 404, AV. Abdellah Benhaj Drissia 1 Tel. 0522 28 70 73 - Fax. 0522 80 18 36 Casablanca IF : 02520198 ICE : 001823017000027 INP : 095004081	01/04/23	27000 DT

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

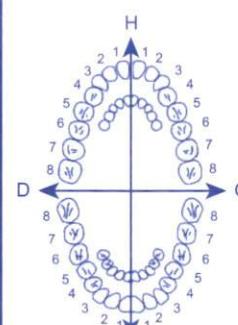
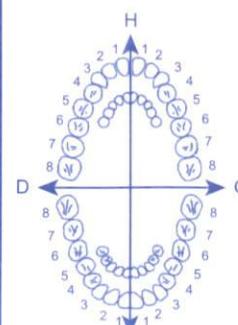
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient	Coefficient des Travaux									
													
													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
				MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHAMI Mohamed Hicham

Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive

chirurgie de la cataracte

imagerie et pathologies rétinianes

الدكتور الشامي محمد حشام

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جراحة تصحيح البصر

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

تصوير و أمراض الشبكية

02 mars 2023

Mlle HABA Safaa

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.25 (- 0.50 à 175°)

OG = (- 0.75 à 175°)

الدكتور الشامي محمد حشام
Dr. CHAMI Mohamed Hicham
 طبيب متخصص في أمراض و جراحة العيون
 114، شارع مختار بن أحمد الكروبي - الدار البيضاء
 تسيدي البرنوصي - الدار البيضاء الهاتف : 05.22.73.76.50

KADER OPTIQUE
 OPTICIENNE OPTOMTRIE
 404, Av. Abdellah Sedraji Drissia 1
 Tél : 0522 80 18 36 - Casablanca

404, Av.Abdellah Senhaji
Idrissia 1 -Casablanca
Tél : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36

KADER OPTIQUE

patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C : 20 47 88

IF : 02520198
ICE : 00182301700027
INP : 095004081

FACTURE

N° 4740

Casablanca ,le 01/04/2023

M

HA BA

SAFAA

O.D. = 125 - 050 +025

ADD. =

O.G. = 125 - 025 +1

ADD. =

Ordonnance du docteur CHANI

NRS de nomenclature
corespondants à
la prescription

Loin { O.D. = 122
O.G. = 122

Prés { O.D. =
O.G. =

D.F. { O.D. =
O.G. = - /

FOURNITURE :

1 Montures :

Plastique 1200,- 1200,-

2 Verres :

Styliés Ø30 75,- 150,-

TOTAL :

2400,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille sept
Cet pris espèce

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE / OPTOMASTRIE
404 Av. Abdellah Senhaji Idrissia 1
Tél : 05 22 28 70 73 - Fax : 05 22 80 18 36 - Casablanca