

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 : <u>720</u>	Société : <u>AS8329</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>HACHADY Mohamed</u>		
Date de naissance : <u>03/01/1947</u>		
Adresse <u>L.T Riad SALAM BloC E N°35 Mohammedia</u>		
Tél. : <u>06 67316873</u>	Total des frais engagés : <u>521</u>	Dhs <u>2379,00</u>

Cadre réservé au Médecin

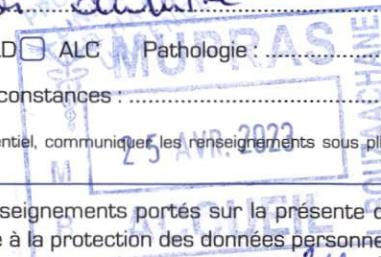
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>24/03/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>HACHADY Mohamed</u>	Age : <u>79</u>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Affection dentaire</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : <u></u>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u></u>			
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 : Mohammed

Le : 24/03/2023

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
24/03/23	CS		300,00	300,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/03/2023	7380.60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

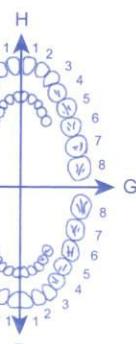
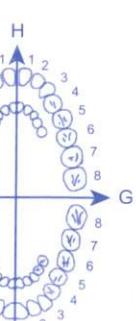
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ZOUHAIR OPTIC Opticien - Optométriste Rashidia 1 N°241 El Alia Mohammedia Tél : 06 64 25 50 72	15-04-23					15.04.23 ZOUHAIR OPTIC Opticien - Optométriste Rashidia 1 N°241 El Alia Mohammedia Tél : 06 64 25 50 72

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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 											
				MONTANTS DES SOINS 											
				DEBUT D'EXECUTION 											
				FIN D'EXECUTION 											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX 
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	11433553													
G	35533411														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



المصحة المتخصصة المحمدية
في أمراض و جراحة العيون

**CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA
OPHTHALMOLOGIE**

Mohammedia le :

الدكتورة حسناء العماري
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب و جراحة العيون
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur Agrégée Ophtalmologie
Consultation spécialisée Adultes Et Enfants

22,60

FLUCON coll



1 gtt 3f/j pd 5j,
puis 2f/j pd 5j,
puis 1f/j pd 5j , dans les deux yeux.



OPTIVE fusion col

1 gtt x 4 / j, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

380169

الطب المحمدية
PHARMACEUTICAL HAM
150 40 - Ring Ezzalam Mohammedia
Tel.: 0523 30 05 45



Il est interdit de changer la date de la consultation
يمنع تغيير تاريخ الاستشارة



INPE : 091032987



المصحة المتخصصة المحمدية
في أمراض و جراحة العيون

**CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA
OPHTHALMOLOGIE**

Mohammedia le :

الدكتورة حسنا العماري
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب و جراحة العيون
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur Agrégée Ophtalmologie
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

24 mars 2023

Mr HACHADI MOHAMED

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,
Amincis



Vision de loin :

OD = P'lan (- 1.00 à 90°)

OG = P'lan (- 1.25 à 85°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

ZOUHAIR OPTIC
Optique - Optométriste
Rachidia Tizi Ouzou - Allia
Mohammedia
Tél : 06 64 25 50 72

Il est interdit de changer la date de la consultation

يمنع تغيير تاريخ الإستشارة



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II - Mohammedia

Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63

Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084

Zouhair Optic



Tél: 06 64 25 50 72

Rachida 1 N°241 El Alia
Mohammedia - Opticien - Optométriste

ZOUHAIR OPTIC Facture

N° 0001810

N°

15-04-23

Mohammedia, le:

Mr (e): HACHAD MOHAMED

V.I.

	SPH	CYL	AXE
OD	+1	-1,00	90
OG	+1	-1,25	85

V.P.

	SPH	CYL	AXE
OD	All + 2,50		
OG			

MONTURE	Opty -
VERRES	oceanic Antireflet

Total

500,00
1500,00
2000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

deux mille
Dhs

Rachida 1, N241 - El Alia Mohammedia - Maroc

Tél: 06 64 25 50 72 - ICE: 001910606000081 - Patente: 39377410 - RC: 17500