

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.

Maladie

Dentaire

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **06850**

Société : **Royal Air maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **BenBessa Mohamed**

en faveur

Date de naissance : **28-04-1967**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **0668118451** Total des frais engagés : **2900,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/3/23**

Nom et prénom du malade : **BenBessa Sami Joreid** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Refraction**

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 : **Casablanca** Le : **02/05/23**

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
18/3/23	G+F.O		400,00	Dr. CHAUME TOUZANI Chirurgien Dentiste 09125670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

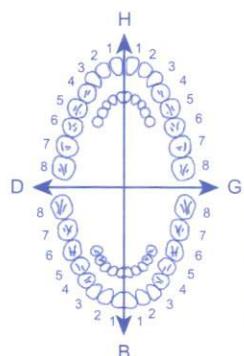
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/04/2023			1		2500,00 P.T.

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghita TOUZANI

Chirurgien ophtalmologiste

- Diplômée des Universités de Médecine de Casablanca et de Pierre & Marie Curie Paris VI

- Chirurgie de la cataracte
- Maladies et chirurgie de la cornée
- Adaptation en lentilles de contact
- Rétine médicale et inflammation oculaire
- Chirurgie des voies lacrymales
- Laser, OCT, Angiographie, IVT

Ordonnance

Casablanca Le :

18/3/23

Benderda Sami Journaud

lentille + verre de œil
anti-reflets

UR

avr : - 9,50

œil : - 9,25 (- 9,25 à 18°)

Optique AL QODS
Optique Optométrie Contact Lentille
Jamila 3 Rue 16 N° 8 Cité Jamila
Tél 05 22 59 49 20 0662 3321
CASABLANCA 6

Bd Al Qods, Résidence Les Rosiers 2, 3ème Étage (à côté de la pâtisserie les 4 cerises) - Casablanca

Tél : 0520 144 708 - Gsm : 0701 244 708 (RDV par sms ou whatsapp)

E-mail : ophtalmologietouzani@gmail.com



OPTIQUE EL HIDAYA

Jamila 3 Rue 16, N°8, Cité djemaa Casablanca

Tél : 05 22 59 49 20

Facture :

No 0370

Casablanca le : 12/03/2023

Client

Ben beddft SAMI JONES

Docteur

GHIITA TANZANI

Nomenclature N° :

VL	OD : 0,50 OG : 0,25 (-0,25 à 180°)	700 600
VP	OD : OG :

ADD :

Type de Verres : verres organiques anti-reflets

Monture



Plastique



Métal



100,- Dhs

Total :

2500,- Dhs

Optique AL HIDAYA

Optique - Optométrie - Coiffotologie
Jamila 3 Rue 16 N° 8 Cité Djemaa

Tél : 05 22 59 49 20 - 0662 33 86

Arrêté la présente facture à la sommes de :

dix mille cinq cent
et une

PAYE EN ESPECE