

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.

160328

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10332*

Société : *RAT*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BENDAOUD KHALID*

Date de naissance : *22/11/74*

Adresse : _____

Tél. : *(06) 62-12-58-58*

Total des frais engagés : *3.000,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____ / _____ / _____

Nom et prénom du malade : *CHALIA FOUZIA* Age : _____

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : *Affection pulmonaire*

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.

11 MAI 2023

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 : *05/05/23* Le : *05/05/23*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
02/05/23	cs		Crédit	Dr. ZYUJIL MAMOOGH Ophtalmology 2nd floor, Khalil Hayat 05/22, 52-38-42

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Sous forme d'OPTIQUE 10 bd 2 Mars Maroc Casablanca Tél: 0522.50.59.20</i>	<i>8/11/23</i>					<i>3000</i>

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[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. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
و جراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : 02 mai 2023 في

Mme CHALA Fouzia

**Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Amincis**

*BOUTSFIHA OPTIQUE
810 bd 2 Mars Inara 1 Ain Chock
Casablanca
Tél: 0522.50.69.26*

VL : OD = Plan (- 1.00 à 175°)

OG = Plan (- 0.75 à 165°)

VP : ODG = Add : + 1.50

*prise de paie
le centre*

*Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophthalmologue
52, Bd Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tel: 0522.52.38.42*

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzrouilmeryem@gmail.com



FACTURE

104

CLIENT(E) : CHALA FOUZIA

DATE :08/05/2023

PRODUITS		QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE		1	800	800
VERRE ORGANIQUE		2	1100	2200
PROGRESSIF AR				
OD	PL	-1.00	175	+1.50
OG	PL	-0.75	165	+1.50
		-----	TOTAL TTC	3000

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DHS TTC



810, Bd. 2 Mars Inara 1, Ain chock –Casablanca Tél : 0522 506 926 / 0526 102 788-Email :
bousfihaoptic@hotmail.com- Code INPE : 095008868-ICE : 001079040000064-Patente : 34025046-IF : 51061020 -
RC : 309466-N°SGG15270