

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 2159		Royal air Maroc	Retraité
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NADRA BEN BELLA - femme Azzouz		Date de naissance : 26.06.1944	
Adresse : 109 Rue St Sébastien Belvédère CASABLANCA		Tél. : 06 34 795 126	
		Total des frais engagés : Deux mille quatre cent DHs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
<i>DR. M. GERMANE Oncologue Rue Dr. Khalfa, N.S. Kasbah Mohammedia - Tél : 023 32 20 89</i>
Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Boni - GERMANE NADRA Age :
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Sa conjointe <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dr. M. GERMANE - oncologue - 20/06/2019
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 27 JUIN 2019
Signature de l'adhérent(e) :
<i>Dr. M. GERMANE - oncologue - 20/06/2019</i>



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1 JUIN 2023	S		30000	INP : 09/06/2023 Signature : Dr. [Signature] Date : 09/06/2023 - Tel. : 010-12345678

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
26/06/23	26/06/23					2400,-00
		09500.4776				

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>
	$\begin{array}{r l} & \begin{array}{l} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array} & \begin{array}{l} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array} \\ \hline D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ \hline B & & \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur M.QERMANE

OPHTHALMOLOGISTE



Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOPHYSIQUE LASER

Sur Rendez-vous

Mohammedia , Le ٢١/٠٧/٢٠٢٣ المحمدية في :

الدكتور قرمان مصطفى
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حاصل على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

Nadira Ben hella

VL : Venu de gries, anti 1/1/10
 multi valvules, photophis ٤٠
 O.D. + ١,٥٠ (- ٢٢٥ à ٩٥°)
 O.S. (- ٢,٥٠ à ١٦٥°)



VP : en add.

O.D. + ٣,٠٠

Dr. M. GERMANE
 Ophtalmologie
 Rue Doukkala ١١٨ - Kasbah
 Mohammedia - Tél : ٠٢٣ ٣٢ ٢٠ ٨٩

لن يتم تغيير اي وصفة طبية او ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

Aucune Ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

زنقة دكالة رقم : ٧ - القصبة - المحمدية - الهاتف : ٠٥ ٢٣ ٣٢ ٢٠ ٨٩ - الفاكس : ٠٥ ٢٣ ٣٢ ٢٠ ٨٩

Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

 Optinoble

Residence Belafkikh B, RDC

Rue Rif - Mohammedia

Tél./fax: 05 23 31 29 80

E-mail : Optinoble@hotmail.fr

Patente : 39557875 - Rc : 7003

Ident. Fiscal : 40179181

CNSS: 7858668

ICE N° : 001734916000023

FACTURE N° 0379714

Mohammedia, le 26/06/23.

M : Benbella

NADRA

Ordonnance du Docteur : permane

Nos de nomenclature
correspondants à la prescription

Loin O.D = +1,00 (-2,25 à 90°)
O.G = +0,50 (-1,50 à 140°)

D.F O.D =
O.G =

Prés O.D =
O.G =

Montures : Plastique 1500,00

Verres : organique anti reflet
multi touche anti rayures indice
1,6 diamètre 65. 900,00

TOTAL: 2400,00

La présente facture est arrêtée à la somme en DHS de :

deux mille quatre cent

dirhams

