

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 02738

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abdeljaouad Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/06/2023

Nom et prénom du malade : ABDELJAOUAD FATIMA Age: 64

Lui-même

Conjoint

Venne

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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
13/06/2023	C2		250 DH	الدكتور ياسير بامنی احصاني امراض وجراحة العيون ف.م. 3 سارع الدخنس 2 الطابق الثاني 0537563245 0618912432 INPE 051259570

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DAM OPTIQUE ticien Optométriste Salam Bloc 22 N° 03 Sidi Sliliane Gsm 0669 97 43 35 INPE : 055028450	23-06-13	2.079,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

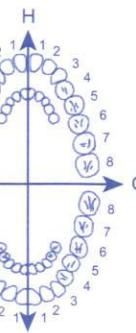
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ D & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			Coefficient DES TRAVAUX
			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



Sidi Slimane, Le

سيدي سليمان، في

13 juin 2023

Mme ABDELJAOUAD Fatima

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

VL : OD = + 2.75 (- 0.50 à 65°)

OG = + 3.00 (- 1.00 à 110°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 3.00

OPHTALMOLOGIE
AL-GHARB

الدكتور ياسير بامي

أخصائي أمراض وجراحة العيون
رقم 3 شارع الحسن 2 الدار البيضاء سidi Slimane
0537503245 0618912432
INPE 051259570

شارع الحسن 2 الرقم 3. المكتب 3 الطابق 2 (قرب المحافظة و فوق مقهى تيطانيك)، سيدي سليمان.

OPTIQUE ADAM

INPE : 055028450

ADAM OPTIQUE
Opticien Optométriste
Hay Salam Bloc 22 NR 03 Sidi Slimane
Gsm 06 69 97 43 35
Le : 23/06/2023

Facture

2096/23

Client : ABDELJAOUAD FATIMA

Vision de Loin :

Verres : OR AR BLUE PHG

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+2.75	-0.50	65	280.00
O-G :	+3.00	-1.00	110	280.00
Add.				

Monture: V769 47/21 750,00

Vision de Prés:

Verres : TRONCH BL 1.6

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+5.75	-0.50	65	230,00
O-G :	+6.00	-1.00	110	230,00

Monture: M801 52/18 300,00

Total : 2 070,00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Deux Mille Soixante Dix Dirhams

ADAM OPTIQUE
Opticien Optométriste
Hay Salam Bloc 22 NR 03 Sidi Slimane
Gsm 06 69 97 43 35

3, Bloc 22, Boulevard Elhansali, Hay Essalam , Sidi Slimane