

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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0536 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAHAR L'HOUSSINE

Date de naissance : 01/04/1946

Adresse : HABIB ZAYANIA 21 Rue 21 N° 8 CASA

Tél. : Total des frais engagés : 2780,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/08/2023

Nom et prénom du malade : BÉNICKAP TAHAR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALFELLA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 AOUT 2023

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 : CASA Le : 10/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : C.J.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 07-08-23 | 30.30 |

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 | |
| K- One Optic Ayad INPE: 095023958 102 Bis Rue 50 Hay Mly. Ain Chock Casablanca 20473 | 08/08/23 | lunettes | | | | K- One Optic Ayad INPE: 095023958 102 Bis Rue 50 Hay Mly. Ain Chock Casablanca 20473 |

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 |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | Determination du coefficient masticatoire | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 B 00000000 11433553 | | Coefficient des travaux |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Facture

N° 003302

Casblanca :

: 08/08/23

Mr (e)

: Ben RRAQ KHADDAM

N° de Nomenclature :

: TAHIRI

Docteur

| | | |
|------------------|------------------|--------|
| Monture : | optique | 800,- |
| Verres : | verre à 2 | 1700,- |
| vision de lion : | | |
| OD : | 7,5 (-150 ± 80) | |
| OG : | (100 (-110 ± 80) | |
| ADD : | | |
| | Total | 2500,- |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille cinq cent dinars
K-One Optic au espace -

Ayad El Khaoula

INPE: 095023958

102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah

Ain Chock Casablanca 20470

Docteur Hicham TAHIRI

Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie - Laser



الدكتور هشام طاهري
اختصاصي في أمراض
وجريدة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : ٠٧-٥٨-٢٣ الدار البيضاء، في:

B M R ٢٤٠٩
K-ONE OPTIC
Ayad El Khaoula
N° ٦٥٠٢٣٩٥٨
Boulevard el Inaya Mly. Abdallah
Casablanca ٢٠٠
Exp: ١١-٢٤
PPV: ٣٠ DH ٣٠

PHARMACE DAKHLA
91, Avenue Lakma
Ray el Inaya ١ - Casablanca
Tél.: ٠٥ ٢٢ ٥٠ ٣٠ ٣٢

CV
CV

0.00 - 7.50 (-1.00 - 80)

- 30.30 0.00 - 5.00 (-1.00 - 80)

Icomis



Dr. Hicham TAHIRI
Ophtalmologiste
Bd Beni M'Guild rue Chiadma
Derb Bouchentouf N° 44 2^{ème} Etage
Casablanca. Tél: 0522 28 01 01