

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.

A76093

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2952 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : 17 BOUYNHALID ABDELNADER

Date de naissance : 01-01-49

Adresse : HAYET RIAD N°8 BERRECHID

Télé : 06 62 16 30 17 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/09/2019

Nom et prénom du malade : 7- BOUYNHALID ABDLNADER Age : Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Une affection oculaire

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
11/09/23	(a)		250 Dhs.	Dr. Abdelhak BOUAFIA Ophtalmologiste 78, Rue Allal Ben Abdallah 1er Etage Casablanca 02 47 33 45 / 05 24 47 14 72

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

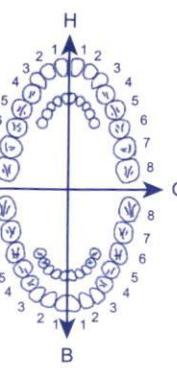
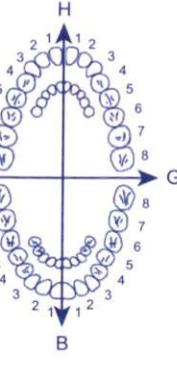
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	19/09/23					0 2500,00

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
<hr/>																		
B	35533411	11433553																
G																		
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

TRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ADELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشتة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين-عدسة الاتصال-الليزر-أنجيوغرافي

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء 70

الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablancale الدار البيضاء في

ABOUKHALID Abdelkader 165/02

Casablanca, le jeudi 14 septembre 2023

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

Anhjz

Oeil Droit : (90° -1,25) + 3,25 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : (85° -1,50) + 3,00 , Addition + 2,75



Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage
Casablanca
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

**FACTURE**

Date : 19/09/2023

CLIENT: ABDELKADER ABOUKHALID**Numéro: 10222222**

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE ZENIT CLIP	1	800.00
VD	BOURGEOIS PROGRESSIF ORG BLUV 1.6	1	600.00
VG	BOURGEOIS PROGRESSIF ORG BLUV 1.6	1	600.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
Dr. DR ABDELHAK BOUCHTA			
LOIN : OD:+3.25(-1.25,90°) OG:+3.00(-1.50,85)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+2.75 OG:+2.75			
Total TTC:			2 000.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: DEUX MILLE DIRHAMS .TTC.

