

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.

M23-004960

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1679

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANNAZENE Nohamed

Date de naissance :

el. 01. 1974

Adresse :

Residence Zahra Rue 8 n° 1

Ans 3000 Casablanca

Tél. :

667164605

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

189076

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

ZOUAGAIT Nasser Age: 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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.

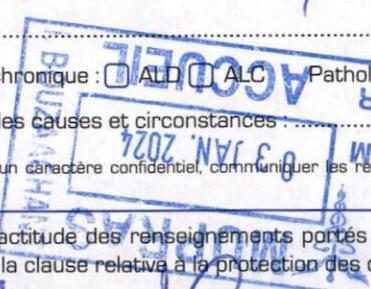
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

casablanca

Le : 28/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Off

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

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	
	28-12-2013			2 Verse + 1 merci		4300 Frs

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 canalaire, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Landmarks include D (distal) on the left, H (high point of the arch) at the top, G (distal) on the right, and B (low point of the arch) at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction from the upper right corner.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

1992-93 年度《中国教育统计年鉴》(中国统计出版社)显示,全国普通高等教育在校生数为 1300 万人,其中本科在校生数为 500 万人,专科在校生数为 800 万人。

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD

03 OCT. 2023



Fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan
مؤسسة الشيخ زايد بن سلطان

Mme NASSEERA ZOUGIAGH

Lunettes

VL

OD: +2,50 (-0,50; 60°)

OG: +1,75 (-0,50; 115°)

VP = Add +2,75 OPG

MARINA OPTIQUE
Opticien Optométriste
Centre DAHABI Zainab
Centre Commercial Marina Shopping
Boullique NC 100007 - Casablanca
ICE:001988389000087
Pr. BENHARBIT Mohammed
Ophtalmologiste
INPE: 101107829
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

Facture

	Facture N° : 1097 Date : 28 / 12 / 2023 Client : NASSERA ZOUGAGH	MARINA OPTIC expertoptic1@gmail.com Tel:
--	---	---

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+2.50	-0.50	60	+2.75
VLVPG	+1.75	-0.50	115	+2.75

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	VARILUX Â“COMFORT 3.0 FIT .0 1.5 CRIZAL PREVENCIA UV H PRO 17-14	1	1750.00	1750.00
2	VARILUX Â“COMFORT 3.0 FIT .0 1.5 CRIZAL PREVENCIA UV H PRO 17-14	1	1750.00	1750.00
3	MONTURE	1	800.00	800.00

TVA	20%	Total TVA	716.67
Total HT	3583.33	Net à payer	4300.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

quatre mille trois cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

MARINA OPTIC - expertoptic1@gmail.com --
IF: 26117252 - ICE: 001988389000087 - RC:411911 - TP:35492689- INPE:095021788 - CNSS:1138304

MARINA OPTIQUE
Opticien Optométriste
DAHABI Zaina
Centre Commercial Marina Shopping
Boutique N°10007 - Casablanca
ICE:001988389000087