

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

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5592	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Ahdia JAMILA			
Date de naissance : 23.12.61			
Adresse :			
Tél. :	2105	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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, 20 octobre 2019
Signature de l'adhérent(e) : Ahdia JAMILA
Accès stage/Ram



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
.....	INP : <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE des 3 Jourées Essalois blançay - Tél : 06 81 53 34 24 Immatriculation N° 347320	06/10/13	300

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

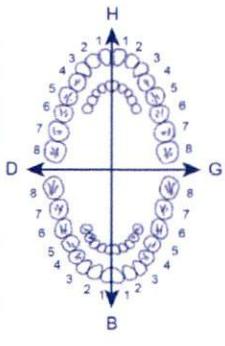
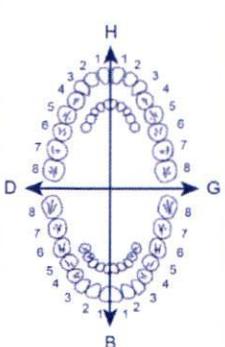
AUXILIAIRES MÉDICALS

BELEVE 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	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															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellatif ZIOUTI

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتور عبد اللطيف زيوتي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون (الجلالة)

طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العين

فرارة II، زنقة 62 رقم 1، الطابق الأول

الحسي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 89 88 22

Strabologie - Lentille de Contact - Laser - Angiographie

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ferrara II, Rue 62 N° 1, 1er Etage

Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22 89 88 22

Casablanca, le : ٢٥/١١/٢٠١٩
الدار البيضاء، في :

Khalid Jammal

Sanch L Int

XL D + 1,75

D + 2

VP add + 2 ✓

Dr Abdellatif ZIOUTI
OPHTHALMOLOGISTE
Ferrara II, Rue 62 n° 1, 1er étage
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 89 88 22

Dr Abdellatif ZIOUTI
OPHTHALMOLOGISTE
Ferrara II, Rue 62 n° 1, 1er étage
Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 89 88 22

معتمد لتسليم شهادة السياقة

Agrée Pour Délivrer Certificat de Conduire

OPTIQUE CHERDI



نظارات شردي

N° 187, Rue 3

Joutéa Essalam (Selk)

Derb Ghallef - Casablanca

Tél.: 06 61 51 31 39

N° Patente : 34722888

Casa, le 10/10/2013



رقم 187، زنقة 3

جوطية السلام (السلك)

درب غلف - البيضاء

الهاتف: 06 61 51 31 39

رقم الباٽة: 34722888

N° 013084

187
ZENQQA
CASABLANCA
SALAM
GHALF
BIJĀBA
TEL: 06 61 51 31 39
N° PATENT: 34722888

ORDONNANCE DU DOCTEUR :

N° DE NOMENCIATURE :

Mr : Kader Jamila

Monture :

Metallic

800

VL OD

AXE

cyl

sph

Prix

1100

OG

AXE

cyl

sph

Prix

1100

VL OD

AXE

cyl

sph

Prix

OG

AXE

cyl

sph

Prix

VERRÉS :

No Glass

Other AN

Total :

3000

La présente facture est arrêtée à la somme de:

3000

Nous sommes pas les seuls, mais nous sommes les meilleurs