

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-473400

N° 13078

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9432	Société :	RAM
(<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HABA Hamid			
Date de naissance : 05/08/1965			
Adresse : RAJR Sidi Barnoussi Casablanca			
Tél. :	0661 9157 46	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	11/2019	Age:
Nom et prénom du malade :	HABA Hamid		
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 ci-dessous 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

18 DEC. 2019

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
10/09/2019	2		2000 DT	INF : 100000 DT Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ADER OPTIQUE OPTICIENNE 404, AV ALAHUSSAINA BP 2242023 - Fai - 0522801830 - Fax 0522801831	16/11/19	2124,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

Dr. CHAMI Mohamed Hicham
Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive
chirurgie de la cataracte
imagerie et pathologies rétiniennes

الدكتور الشامي محمد حشام
أخصائي في أمراض و جراحة العيون
جراحة تصحيح البصر
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
تصوير و أمراض الشبكية

للتغيير تاريح الفحص
ولا التاريخ الموجود
على أوراق استئجار

11 décembre 2019

Mr. HABA Othmane

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = (- 0.75 à 85°)

OG = (- 0.25 à 85°)

KADER OPTIQUE
OPTICIEN / OPTOMETRISTE
404, AV. Abdellatif Ben Messai
Casablanca
Tél : 0522 73 76 50 - Fax : 0522 80 18 50 Casablanca

KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji IF : 02520198
Idrissia 1 - Casablanca ICE : 001823017000027
Tél. : 05 22 28 70 73 INP : 095004081
Fax : 05 22 80 18 36
Patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C. : : 20 47 88

FACTURE

N° 0003438

Casablanca, le 16/12/2019

M

HABRA Othmane

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur Chami

NRS de nomenclature corespondants à la prescription	Loin { O.D. = 112 O.G. = 122	Prés { O.D. = 5 O.G. = 5	D.F. { O.D. = 1 O.G. = 1
---	---------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

FOURNITURE :

1 Montures :

2 Roy C 900,00 900,00

2 Verres :

My Côte d'Azur 612,- 1224,00

TOTAL :

2124,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Cent
vingt quatre m

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMÉTRIE
404, Av. Abdellah Idrissia 1
Tel. 0522 28 70 73 - Fax. 0522 80 18 36 Casablanca