

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 radiologie 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 326

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

~~SAGHIR MUSTAPHA~~

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 48 93 8814 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BELKHMAT LATIMA b. SAGHIR Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0011254

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
08.09.2017	180	2	1200,00	<i>CHIAHBI Mathamoud</i> Ophtalmologue, canin, feline, Lamamouche, maroc 18/10/2017 05/22/50 15 15

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

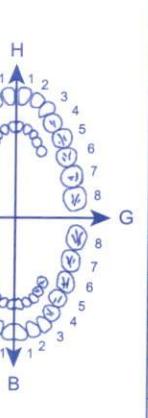
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	NOM DU PATIENT	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	NOM DU PROFESSIONNEL	
<p>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</p>		
<p>MONTANTS DES SOINS</p>		
<p>DATE DU DEVIS</p>		
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le 08.09.2002

Mr BEL KIRIAT PATIENT 87948

Retinopathie Diabétique
PPR OGS

1 Seance USEC 1 mn
Oil gauch

DR. CHABBI Mohammed
Ophtalmologue, californie,
544, boulevard panoramique,
casa blanca, maroc
Tél: 05 22 86 46 15 / 15 20
05 22 29 66 60 / 00 22 50 15 15
Fax: 05 22 86 46 21

Casablanca le
08/09/2022

COMPTE RENDU

Nom et Prénom : **BELKHAYAT FATIMA EP SAGHIR**
 Date D'Acte : **08/09/2022**
 Médecin traitant : **Dr CHAHBI**
 Acte : **Séance de laser œil Gauche**

- Rétinopathie diabétique
- Nécessitant une panphotocoagulation rétinien
- 1 Séance de laser Argon OG
- 1000 Impacts
- Puissance 400
- Intervalle 0.10

544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
 CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
 Tel: 0522 86 46 80 / 00 - 0522 50 15 45
 Fax: 0522 66 46 21
 0522 29 66 00 / 00 - 0522 50 15 45
 Casablanca, Maroc



544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
 Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
 ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15
 +212 522 86 46 18
 +212 522 86 46 19
 +212 522 86 46 20

+212 522 29 66 00 / 00
 +212 522 86 46 21
 info@clinic-oeil.com
 www.clinic-oeil.com

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le

le Docteur.....

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

1 ^{PS} seeweiß Augen d' gelb

Soit la somme de : 1200,00

Soit la somme de 11111111111111111111 et 11111111111111111111 soit 22222222222222222222 Dhs

CACHET ET SIGNATURE DE LA BIBLIOTHÈQUE