

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.

BENTON

- 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 feuille de 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 Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (16) - Fax : 05 22 22 28 18 - www.mupras.com



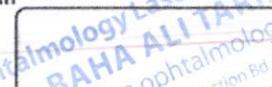
Déclaration de Maladie

Nº W21-728131

par
Lionel

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11112	Société :	RAT A 37626
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BANQUEUR TOURDEY			
Date de naissance : 01/01/1911			
Adresse : 67 VSCUR AGNEZ 27450 Rennes Manallah			
Tél. : 06 65 93 35 78 94 40 34	Total des frais engagés :		300 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : <u>02/11/2022</u>	
Nom et prénom du malade : <u>BAHAR TAWFIK</u>	
Age : <u>17</u>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Glaucone a la paire</u>	
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. *11/9/11*

Fait à : Wabush

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02 / 11 / 09

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
08/03/2022	55		GT	INP : 6 01/03/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Ophtalmologie Pratique Spécialisée Santé et Médecine 1-21-2008</i>	08/11/12	UBM	800DB

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.

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

(Création, remont, adionction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

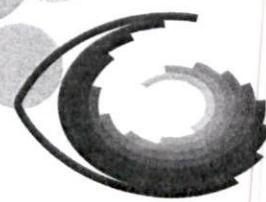
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie



Nom & Prénom : BANQOUR TOURIA

mercredi 2 novembre 2022

Age : ans

HDM : van herrick +

Médecin correspondant : Dr BAHA

Ultra Bio Microscopy

Sonomed Escalon USA

Oeil droit :

- Biométrie oculaire :
 - pachy cornéenne centrale = mm
 - flèche cristallinienne : légèrement positive um
 - profondeur de chambre antérieure = 2.26 mm
 - épaisseur du cristallin = 4.17 mm
- Angle irido-cornéenne : étroit
- épreuve dynamique : positive sur un quadrant
- état du sulcus ciliaire : présent
- absence de kyste ciliaire

Oeil gauche :

- Biométrie oculaire :
 - pachy cornéenne centrale = mm
 - flèche cristallinienne : légèrement positive um
 - profondeur de chambre antérieure = 2.34 mm
 - épaisseur du cristallin = mm
- Angle irido-cornéenne : étroit
- épreuve dynamique : positive sur deux quadrants
- état du sulcus ciliaire : présent
- absence de kyste ciliaire

Conclusion : Angle étroit aux deux yeux sans participation cristallinienne bilatéral.

CAT : surveillance ++

Dr Baha
Spécialiste Oculaire et Chirurgien
Optimatology Laser Le Guéliz
Tunisie - 10000 - 2022 - 11 - 02
Bab El Jazira - 10000 - 2022 - 11 - 02

Pr BAHA

Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie



طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكبار والصغار

المياه البيضاء، الجفون، أمراض الجفن، المسالك

الدمعية، النزق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية و العدسات اللاصقة

Marrakech le :

02 novembre 2022

Mme BANQOUR Touriya

VAN HERRIK +

UBM



Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com



Marrakech le :

Reçu de caisse N° : 62777

soukaina

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT170400492	BANQOUR Touriya	02/11/2022

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	UBM	800,00
Reçu établi par :	Total payé	800,00