

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.

M22- 0056173

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03097

Société : RAM Veuve 14885

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Aboufaib Fatna

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 785 LOT EL MaFa Amy Dernier Berrechid

Tél. : 0638.82.38.02 Total des frais engagés :

932.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/2023

Nom et prénom du malade : Aboufaib Fatna Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Aff. Oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

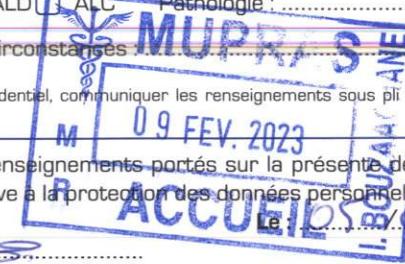
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
05/01/23	Cox + Kno	4w)	4w)	Dr. A. ZAROURY Oculiste et Ophtalmologue Ophtalmo Clinique de Casablanca 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca Tél : 0522 28 71 71 (SLG) - Fax : 0522 28 11 15 INPE : 091140871
05/01/23	Or	3w)		Dr. Med. Adil. EL KASRI Anesthésiste Réanimateur Ophtalmo Clinique de Casablanca 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca Tél : 0522 28 71 71 (SLG) - Fax : 0522 28 11 15 INPE : 091054791

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUDNA * 544. Lot El Deraouia * 0522 28 71 71	05/01/23	2321,00 D.F

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

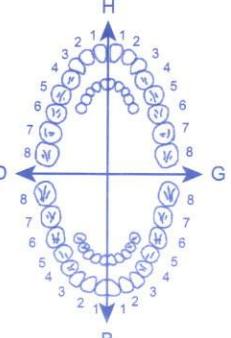
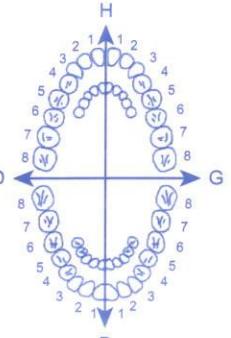
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
<h3>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</h3> <h4>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</h4> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				Coefficient des Travaux												
				Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



مختبر العيون
للهار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT230105112044

Casablanca le :

05 janvier 2023

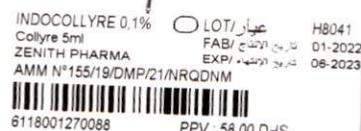
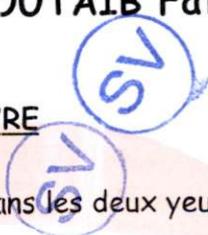
ABOUTAIB Fatna

INDOCOLLYRE 0.1 COLLYRE

4x
SB

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

✓ 232107 DH



Dr A. ZAROURY
Ophtalmo Clinique
13, Rue des Papillons - Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 (S.G) - 0522.25.77.11 (INPE)
INPE : 091140877

Urgence 24/24



Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002027719900