

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029534

15/10/23

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	019713	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ISMAÏL LY HASSAN	
Date de naissance :		01-07-1955	
Adresse :		LOT ELOUFAA N°56 DEROUA	
Tél. :		0661155743	Total des frais engagés : 565,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	08 Fevr 2023		
Nom et prénom du malade :	ISMAÏL LY BONIZI MARIVA Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection cardiaque		
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : DEROUA

Le : 22/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 Fevr 2023	CS		200,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/2023	365.00

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.																				
	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
MONTANTS DES SOINS																				
DEBUT D'EXECUTION																				
FIN D'EXECUTION																				
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;"></td> <td style="text-align: right;"></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	00000000		00000000		D	00000000	00000000	35533411		11433553		B		
		H	25533412	21433552																
		00000000		00000000																
		D	00000000	00000000																
		35533411		11433553																
		B																		
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXECUTION																				

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophtalmogiste

Diplomée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة العيون [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيم البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

08 février 2023

Mme ISMAT

94.00 DHS

XAILIN C



1 gttes 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

3 boites

83.00

XAILIN POMMADE

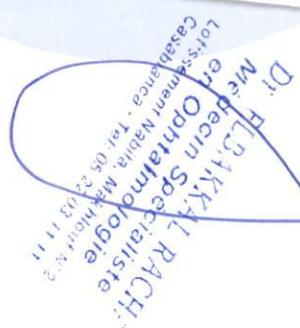
1 app le soir, dans les deux

365.00



Smerende Oogzalf
Nachtelijke voorlichting
van droge
Zonder cc

OPHTALMED
PPC
83.00 DHS



تجزئة نيلة مخلوف، رقم 334، الطابق الثاني - N°2
Lotissement Nabila, Makhlof N° 334, الطابق الثاني - N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com