

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-775681

158588

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1161

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSAM Rabi Mohamed

Date de naissance :

30 juin 1970

Adresse :

Réid. Yamina 1182 Aven 11 WIFAC

Tél. :

06 61 13 41 22 Total des frais engagés : 61430 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur JEANNE NADIA
Opticien
Avenue Alakarem
Rue Alakarem - 10000
Casablanca - Maroc

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BOUALILIA Fatima 28/3/53

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 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 : 28/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ali

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
28.02.23	C.S	Docteur JEAN-PIERRE OPHTHALMOLOGISTE	30000 Dhs	INP : <input type="text"/> INPE : 101170579
				30000 Dhs

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SANTÉ WIFAK 197, Lot Wifak, Rue Nasir Bey TELE: 05 55 55 55 54 SPE	28/02/23	3441,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>11433553 1</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	11433553 1	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D														
00000000 35533411	11433553 1													
B														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Dr JENNANE N - UAL

Ophthalmologist, Surgeon

- Diplôme de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Ancien médecin à la clinique Montchoisi . Lausanne . Suisse



CENTRE SUISSE D'OPHTHALMOLOGIE

الدكتورة نوال نوال

أخصائية في وجراحة العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة سابقة بمصحة مونشوازي - لوزان - سويسرا

28/02/2023

Mme BOUALILA Fadma

20,00

CORRECTOL 0.1 COLLYRE

1 gt 2 x j, dans les deux yeux, pendant 8 jours

194,30

AZARGA 10 MG/ML+5 MG/ML 10 / 5 COLLYRE

collyre 1 goutte 2 fois, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

130,00

HYFRESH

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

344,30

Doctor JENNANE Naoual
Ophthalmologist
Avenue Al Karama N° 3482
Hay Al wifak Témara
GSM: 0637521067 / tel: 0537621071

PHARMACIE SANTE AL WIFAK
1197, Lot. Wifak, Rue Al Assamouh
TEMARA
Tel: 0537645554

شارع الكرامة، الرقم 3482 هي الوفاق - تمارة أمام مسجد اليمان (قب صيدلية الورود)

Tel: 0537627071 / 0637521067 - Email: naoualjennane.oph@gmail.com

INPE: 101170579

CNSS: 5613212

ICE: 001992905000084

