

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00755

Société : RAN 161042

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARRIF RABIA

Date de naissance :

Adresse : 18 Rue 12 HAY OULE FD COS

Tél. : 06 60 58 74 18 Total des frais engagés : 335,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MOUFIID Saadia

OPHTHALMOLOGISTE

Bd. Mohamed VI, N°3 Rue 249 Hay Moulay Abdellah.

Ain Chock, CASABLANCA - Tél : 05 22 59 96 60

Agréé Permis de Conduire

INPE : 091021014

Date de consultation : 17/03/2013

Nom et prénom du malade : ARRIF RABIA Age : 30

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Problème de réfraction

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 : 19/03/2013

Signature de l'adhérent(e) : ARRIF RABIA

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
17/03/2023	OD + FO		300 DH	DR. ALFID SAADIA DENTISTE CASABLANCA - Tél. 05 22 59 96 65 INPE: 091021014

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ban My Outfa Tel: 0522 90 51 03 Casablanca	17/3 2023	3500

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
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G	B	MONTANTS DES SOINS
	H			
	H			
	H			
	H			
	H			
	H			
	H			
	H			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr. MOUFID Saadia

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ex Médecin à l'hôpital 20 Août

Ex Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

Ex Médecin à l'hôpital Sidi Othmane

Membre de l'association Française d'Ophthalmologie

Chirurgie de la cataracte

chirurgie de paupières et des voies lacrymales

Glaucomes - Diabète - Lasers



الدكتورة مفید السعدية

أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

طبيبة سابقة بمستشفى سيدي عثمان

عضوة بالجمعية الفرنسية للعيون

جراحة الجلاة جراحة الجفون ومسالك

الدموع الضغط والسكري - الليزر

17. 3. 2023 الدار البيضاء، في: Casablanca, le

AZIZI

TRARIA



3570. 14/11/2023 → 15/11/2023



Dr. MOUFID Saadia
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Mohammed VI N°3 Rue 249 Hay Mly Abdellah
Ain Chock CASABLANCA Tel: 05 22 69 95 60
Agreeé Permis de Conduire
INPE: 091021014