

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



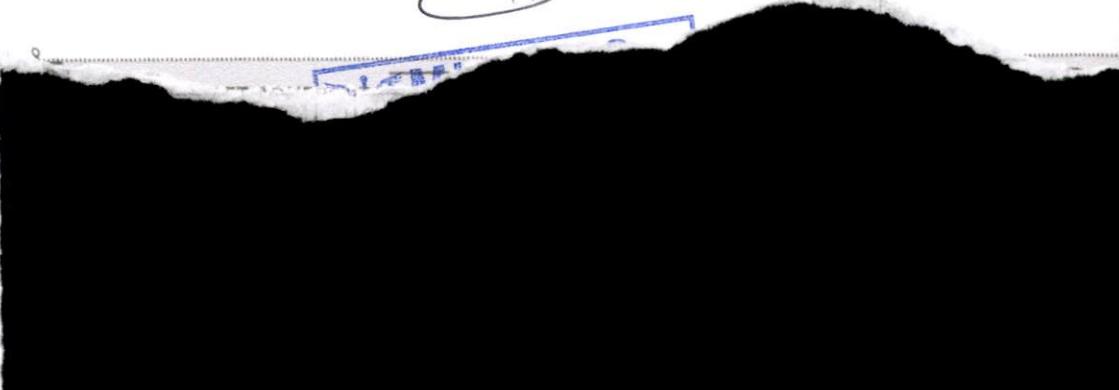
Déclaration de Maladie

N° W21-803517

| | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 12617 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Miklass Nisrine |
| Nom & Prénom : Miklass Nisrine | | | |
| Date de naissance : 01/03/1988 | | | |
| Adresse : 7ème adresse | | | |
| Tél. : | 0663024084 | Total des frais engagés : Dhs | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin |
| | Dalila SBAI IDRISI Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 |
| | Cachet du médecin : |
| | 30 MAI 2023 |
| | Date de consultation : |
| | Nom et prénom du malade : MIKLASS NISRINE |
| | Age : Ans |
| | Lien de parenté : Lui-même |
| | Nature de la maladie : affection oculaire |
| | En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. |
| | Signature de l'adhérent(e) : Le : 23/07/2023 |

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) :
Le : 23/07/2023



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/05/2023 | Consultation | 1 | 300,00 | INPE: 091033100 Dr. Dalila SBAI IDRISI Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tel: 05 22 56 06 06 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie MDR 108 Bd Hassan II, Casablanca Tél: 0522.06.89.11 | 30/05/2023 | 228,50 |

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 |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433582</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433582 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | |
| H | 25533412 | 21433582 | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالموجات فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 30 mai 2023

Mme MIKLASS Nisrine

179.00

OPTIVE FUSION

S.V.

1 goutte x 3 à 6 par jour pdt 3 mois

76.10

CORNEREDEL

S.V.

une application généreuse le soir au coucher pdt 1m

23.40

OPTIPRED COLLYRE

S.V.

1 gtte x 5 / j x 48 h

1 gtte x 4 / j x 48 h

1 gtte x 3 / j x 48h

1 gtte x 2 / j x 48 h

dans les deux yeux

278.50

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص