

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 : | 6218 | Société : | A 70045 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BENTAHILA HAKIM | | | |
| Date de naissance : 20/01/61 | | | |
| Adresse : 25 RES ENNAJD Apt 265 AV STENDHAL CASABLANCA | | | |
| Tél. : | 0661181663 | Total des frais engagés : | 542,50 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | 13/06/2023 | Nom et prénom du malade : | BENTAHILA HAKIM |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | affection Dentaire | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC | Pathologie : MUPRAS |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 31/05/2023 | | | |
| 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 Le : 13/06/2023

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 attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 13.06.2023 | C | | 300,- |  |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE ACHIRAF Dr. Slimane Simane Annajd - Bd Anwal - Cte Plateau - CASA 05 22 98 97 53 - FAX: 05 22 99 64 17 | 13.06.23 | 242,50 |

INPE:092001452

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

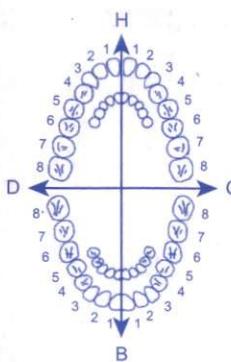
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers in a certain industry.

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز المراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou

Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto Lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب وجراحة العين

حاصل على شهادة في جراحة الجلاة بالليزر.

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيفالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العين

Casablanca le, 13/06/2023

BENHAYUN Naoual

89,00

- VISIONLUX PLUS

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

41,50

- GEL-LARMES (Carbomère 974 P) tube de 10g

1 instillation, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

182,50

- LOTEMAX COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours

242,50



| |
|------------------------------------|
| GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g |
| Distribué par COOPER PHARMA |
| 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca |
| Pharmacien Responsable: |
| Mme Amina DAOUDI |
| PPV : 41.00 DH |

جدول (قائمة I) Tableau A (Liste I)

Distribué au Maroc par Zenith Pharma

رخصة المغرب رقم: AMM Maroc N° 60/20/DMP/2/IRONDIM

PPV : 112,50 DHS

LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.