

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-682528

18/11/22

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6779		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RETRAITÉ
Nom & Prénom : EL FAKIRI FARIDA			
Date de naissance : 04.05.1957			
Adresse : Résidence Riel Angle 390, Bvd Bourgogne CASA			
Tél. : 0660.40.2095		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 07/08/2022	Age :	61	
Nom et prénom du malade :		EL FAKIRI FARIDA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affectation d'urgence			
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 : _____

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
7/8/23	OPHTS	300/100	0/0	INP : 0911339198
				
				
				

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

Docteur A. BRITEL

Diplômé d'Etudes Spéciales d'Ophtalmologie
de la Faculté de Médecine de Nancy

Diplômé Inter-Universitaire
de Chirurgie Refractive et Cataracte
de l'Université de Bretagne Occidentale

Maladie & Chirurgie des Yeux
Laser . Angiographie

49, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca
Tél.: 05 22 27 95 03 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 09 18

Sur Rendez - Vous

الدكتور عبد الرحمن بريطل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية
لأمراض و جراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة
الجلاة و قصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون
أشعة الليزر

49, زنقة طاطا (بوانكري سابقا) - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

بالميعاد

Casablanca, le 07-08-23 الدار البيضاء في

El Fihri Aorida



1/ chibrocodron

28,60

× 3/1T1 5T1

× 2/1T1 5T1



2/ Novi inf.

79,00

107,60D1A

× 3/1T1



الذكرى:

فوسفات الصوديوم 109.3
الديكسياميتورون كمية مناسبة من فوسفات
الديكسياميتورون 100
350.000 350.000
مليونات اليوميين ملليلتر العين
كل 100 ملليلتر العين يحتوي
[على من محلول قطرات العين يحتوي
على 30 قطرة، تحتوى كل قطرة على
0.036 0.036
* من فوسفات الصوديوم
الديكسياميتورون ما يناسب 0.033
من فوسفات الصوديوم
الديكسياميتورون 117
* و من مليونات اليوميين
*

المواد غات:

سيارات الصوديوم ثالثي الاياده
برومور الديكسياميتورون متعدد
صوريات 66 بيروكسيتيل
السلولوز (WP 52.000 HP) هيدروكيد
الصوديوم، كلوريد الصوديوم، ماء
مناف
عن طريق العين
لا ينبع
*

GOUETTES OCULAIRES
EVIS 30 ml
RIMAPHARMA
PVC : 79,00 D

ناما