

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothétique :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

UPRAS 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

N° W19-409702

182786

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1933

RAM

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MAZYANI MUSTAPHA

Date de naissance :

19/04/52

Adresse :

6A T FATHIA N° 20 Sidi Daoud

Tél. :

06 61 10 67 16 Dr. Siham Ophthalmologue

Total des frais engagés :

390,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

El Kadiri, Rés Nada A 3eme Etg en Face
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
Point A' Moslakba Sid. 12... sur
Tél. : 05 22 78 78 00

Cachet du médecin :

15/09/23
EL MAZYANI MUSTAPHA

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

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 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) :

W.B

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
es des ctes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
5109123	C		2000	INP : 091111693 Dr. Nada Mostafa Rue Mostafa El Nadeem, 10 Bab El Mostafa, 111693 Cairo, Egypt Tel. 0522 511111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Sidi Maârouf SABLANCA 78 62 05</i>	<i>15/09/23</i>	<i>90,10</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du oratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.																		
	Dents Traitées	Nature des Soins	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"/>																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">.00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		D	G	25533412 21433552		.00000000 00000000		00000000 00000000		35533411 11433553		B	
	H																	
	D	G																
	25533412 21433552																	
	.00000000 00000000																	
	00000000 00000000																	
	35533411 11433553																	
	B																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
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"/>																		

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact

الدكتورة نجدة سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

15 septembre 2023

Mr ELMAZYANI Mustapha

35,20
TOBRADEX collyre (tobramyc.dexaméthas)

4 fois/j, dans l'œil gauche

54,00
TOBRADEX : pde po

1 application / jour, le soir au coucher, dans l'œil gauche

Traitements pendant : 15 jours



Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. Collaboration 'A' 3ème étg en face Rond point
al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادي، إقامة تعاون 'A' الطابق
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء