

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11671

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

AZLAGUI YOUSSEF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 344,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/19/2023

Nom et prénom du malade : AZLAGUI YOUSSEF 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 :

Signature de l'adhérent(e) : R. ACCUEIL



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
04/02/13	CS		300DH	DR BOUZIA Ophthalmologist Panorama Office, Bld. Mon Bakkal Bureau 2 N. Marouf - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.12.23	144,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a circular DNA molecule with 24 numbered nodes arranged in four distinct rows. The nodes are labeled with numbers 1 through 8, repeated in a clockwise cycle. Each node is connected to its neighbors by curved arrows indicating the direction of information flow or replication. The molecule is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left, and a diagonal axis labeled 'B' at the bottom right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologist

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétiniennes de Paris

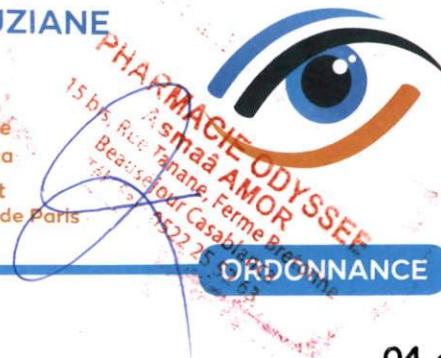
الدكتورة إيمان بوزيان

طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكيّة العين

باريس - فرنسا



ORDONNANCE

04 décembre 2023

Mr. AZLAGUI Youssef

144,10

VISMED

UNE GOUTTE DEUX FOIS PAR JOUR , dans les deux yeux, pendant un Mois



T = 144,10

PHARMACIE ODYSSEE
Asmaa AMOR
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beausejour Casablanca
Tél/Fax: 0522 25 52 63

Dr. BOUZY ALI Inane
Ophthalmologist
Panorama Office Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
Téléphone: 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665