

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 5179

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMZAOUI HASSAN

Date de naissance :

01-01-1952

Adresse : Garden Beach 1 imm. 14 Apt 08

Sidi RAHHL hhamzaoui@yahoo.fr

Tél. : 0627745266 Total des frais engagés : 494,70 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Dahir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai
Maârif - CASABLANCA
Tél: 05 22 94 05 39 / 06 61 17 72 01

08 FEV 2024

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAMZAOUI HASSAN Age : 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

IM. bte ochir

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

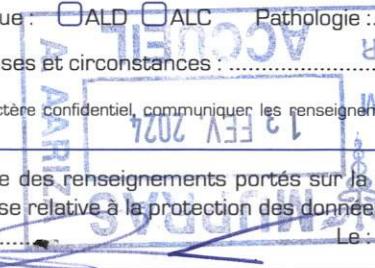
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 08/02/2024

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
08 FEV 2024	OS	300 DH		 Dr. EL Bahr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/06/84	194.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 bilar l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور البرداعي ظافر

الخصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات

تحطيط الأوعية، لازر

طبيب داخلي سابق بمستشفيات تولوز، فرنسا

طبيب رئيسي سابق القسم أمراض وجراحة العيون
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

الدارالبيضاء، في

08 FEV. 2024

16 unidoses stériles de 10 ml

À chaque fois
que l'œil est irrité

Mr hassan HAMZADUI

104.00

① Luxig oculon

/ phalam unidose
4x6 x 18ml SV



03/01/70

Amara

OT+OC

① Opertonol ٢٠٪ ٢x/jour
١ fl. x ١ ml SV

T-194.70

Docteur Dahir EL BARDAI
219, Bd. ZERKOUNI OPHTHALMOLOGISTE
Tél: 05 22 94 95 39 / 06 17 72 01
Maârif - CASABLANCA

219, شارع الزرقطوني - إقامة البرداعي - المعاريف - الدارالبيضاء - الهاتف : 05 22 94 95 39 - المستعجلات : 06 17 72 01

219, Bd. ZERKOUNI - Résidence EL BARDAI - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 94 95 39 - Urgences : 06 17 72 01

I.C.E.: 001862826000041 - I.N.P.: 091048249