

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0006455

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8356 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHIZZOU Lahcen

Date de naissance : 1960-1-1

Adresse : SIDI MAA ROUFI BIAT EL HARA F N 98

Tél. : 0664062290 Total des frais engagés :

MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin



5 MARS 2021
ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/03/2021

Nom et prénom du malade : KHIZZOU Lahcen 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 : 16/03/2021

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
16 FEV. 2021	C		250,00	دكتور محمد المصاوي خبير في أمراض وجراحة العور Dr. Mohammed MADI CPHT / MOLOGISTE 105, AV. 2 Mars - Casablanca Gsm 061528211

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/02/2021	180,70

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Mohammed MADI
OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien Ophtamologue des Hôpitaux
Bouafi et My Youssef de Casablanca
Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine
Angiographie - Laser



INPE 091096149

I.C.E.: 001751624000054

Casablanca, le

Mr. KHIZZOU Lahcen

16 FEB. 2021

60,00

OXYAL. COLLYRE

66

1 GOUTTE 4 FOIS PAR JOUR, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

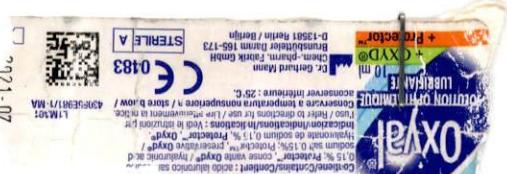
OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, pdt 1 mois

$$f = 150, f_0$$



Dr. Mohammed MAIDI
OPHTHALMOLOGISTE
105, AV. 2 Mars - Casablanca
Tel: 05 22 83 50 81 - Gsm: 06 81 52 82 11



اقامة أيمان II - 105، شارع 2 مارس (زاوية شارع مولاي إدريس الأول) الشقة 2 الطابق الاول - الهاتف : 05 22.83.50.61 - المستعجلات : Résidence AYMANE II - 105, Av. 2 Mars (Angle Bd. Moulay Driss 1^{er}) - App. N° 2 - 1^{er} Etage - Tél. : 05 22.83.50.61 - Urgences : 06 61.52.82.11
E-mail : madi2006@menara.ma