

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

- Reclamation : 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.

N° W19-425525

NP
14143

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2111		Société : R.F.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : Retraite	
Nom & Prénom : LAZREG		Nom & Prénom : 4hm-ed	
Date de naissance : 13.11.1951			
Adresse : 500 H4J 11974H (4575 Parc)			
Tél. : 0668736604		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Tél: 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77 24, Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca - Maroc	
Cachet du médecin :	
OPHTALMOLOGISTE	
P.F. MED. HAMIDAINI	
Date de consultation : 03.12.19	
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté : _____	
Nature de la maladie : _____	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 DEC. 2019	
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 : 24575 Parc
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 03.12.2019

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
03/12/19	309	320	INP : 09107186	Pr. Med. HAMDANI OPITAL MOURISSE 24, Rue Hassan II - B.P. 27675 / 48 - Tél. 0522 26 66 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE M. TAHRI SOUTIEN	03/12/19 3/12/2019 ICE: 000408360000030	I = 2 F 8,65

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	

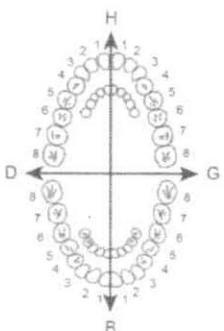
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

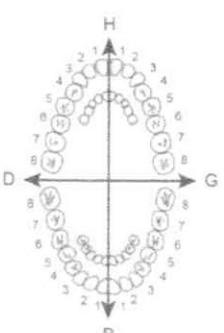
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

DATE : 3/12/2019

NOM & PRENOM : M. Laazzaq Ahmed

35,20 x 2

1-TOBRADEX (COLLYRE)

1gtte x 4/j pendant 7 jours
1gtte x 3/j pendant 7 jours
1gtte x 2/j pendant 7 jours
1gtte /j pendant 7 jours

س.ج س.ج



25,90

2-MYDRIATICUM

1gtte le soir /j/7j

س.ج



54,40

3-TOBRADEX (pde)

1app x 2/j pendant 3 jours
Puis 1 appl/j/7j le soir



35,95

4-SERUM PHYSIOLOGIQUE (5ml)

Lavage oculaire le matin

س.ج

ZENITH Pharma
PPC : 35,95 DH

31,00

5- COMPRESSES ADHESIVES



TotM = 218,65

03 Dec 2019

SP

Pr. Mad. HAMDANI
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورگون، الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77 - E-mail: ophthamdan@yahoo.fr