

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diologie 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.

Prothésaire :

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

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 060555

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2314 Société : 32962

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HATMY FATHIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-060555

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

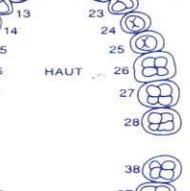
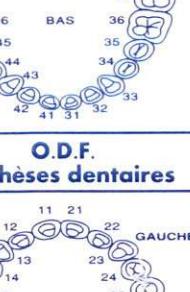
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | Coefficient des travaux |
|---|----------------|--|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | Coefficient des travaux |
|  | | | | |
| | | $ \begin{array}{c c} & H \\ D & \begin{array}{c c} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} \\ & G \end{array} $ <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | |
| | | | | |

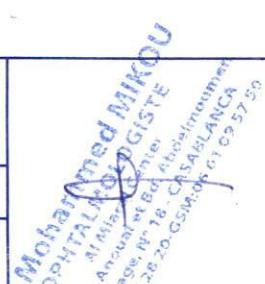


P 17 / 0062299

DATE DE DEPOT

/201

| | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|----|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 9314 | |
| Nom & Prénom HATINY Fatima | | | |
| Fonction RETRAITÉE | | Phones 0664005783 | |
| Mail MOORISH.HATINY@GMAIL.COM | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient HATINY Fatima | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | |
| Age | Date | | |
| Nature de la maladie | | | |
| affection dentaire | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | |
| C2+FO | | 400 | |
| Montant détaillé des honoraires | | | |
| PHARMACIE | | Date 11.7.2022 | |
| Montant de la facture | | 542,80 | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |





Centre des maladies & Chirurgie des yeux

Docteur Mohammed Mikou
Ophthalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophthalmologie

مركز الامراض و جراحة العيون

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب و جراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون



Casablanca le, 11/07/2020

HATIMY Fatima

- 3870x2 - FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine.Dexaméthas)
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours
- 245,00x2 - Aqualarm U.P
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois
- 0070x2 OPATANOL COLLYRE
1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex collyre en suspension, 5 ml

A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI

PPV : 35,70 DHS

406833

