

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-548221

38642

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4443	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M. MOUAWAD EL MOKHTAR.			
Date de naissance : 02-10-61 Taza			
Adresse : Habtelle			
Tél. :	0671010084	Total des frais engagés : 166 + 200 = 366 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 31 AOUT 2020 M. MOUAWAD EL MOKHTAR			
Date de consultation : 03/07/2020			
Nom et prénom du malade : INZOURAR EL MOUKHTAR			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Connecte			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>Don</i>			
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 03/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04 SEP. 2020

ACCUEIL

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

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>									
				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									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D G <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B						25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الخلاة - المول - مساك الدموع

- داء البرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايزر

03/07/2020

Casablanca, le :

INZOUARH

El Mokhtar

- FRAKIDEX POMMADE(Framycétine.Dexaméthas)

1 application, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

20,80

Pharmacie MA PERLA
Dr Meryem N'YACRI Ep. ZOUINE
Perfise de Nouraour Imm. 14 N°
Tél : 05 22 53 79 68



FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCL

Trt

Dr. Adil WAHIDY
Oculist
Al delmejia
Abdelmoumen
Angio eye
Anoual
Tramway station
Abdelmoumen
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211

Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الطرامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com