

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 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

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° W19-521212

ND: 39926

CP

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9539	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BAMLoul YANYA			
Date de naissance : 02-12-63			
Adresse : 40, Rue Nabbouse TAALIF CASA			
Tél. : 0663444638 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 06.02.2020			
Nom et prénom du malade : BAMLoul YANYA Age :			
Lien de parenté : Parent			
Nature de la maladie : Affection canalaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires 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 : CASA le : 11 SEP 2020			
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
06.01.2020	2020	24	400,00	INP : 1400, BD BRAHIM KHOLOD, 26 El Aïcha Télé : 0522 28 48 88 / 0522 25 78 88 CASA 311, ANG : 0522 25 78 88 Signature : DR KHISSY

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
	22/02/2013					100.00

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
-----	-----
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

LUNETTES ANNAKHL

نظارات النخيل

N° 02108

NOM : BAILLOU

DATE : 22.02.2020

PRENOM : AYLA

- DOCTEUR Dr Khatiyye Mousine

- NOMENCLATURE : N°

PRIX

OD : AXE 85 CYL 100 SPH -1

100,00

VL

OG : AXE 90 CYL -0 SPH -2

100,00

Add : { OD :
OG :

LUNETTES ANNAKHL
RUE 3, N° 192 Essalam
Dab. Chellaf Casablanca

Verres

100,00

Monture

100,00

600,00

Facture Arrêtée à la somme de :

1600,00

1600,00

رقم 192، زنقة 3 السلام - الدار البيضاء - الباتن : 34721616

N° 192 - Rue 3 Essalam - Casablanca

Patente : 34721616 - I.F. : 40150760 - Ice : 001845860000089

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

06/02/2020

M. Brahim YOUSSEFI

Prise de vue VL (Anterior)

$$\alpha = (-1) \cdot 85^\circ$$

$$\alpha = -0.15 (-0.15) \cdot 90^\circ$$

Des opus // M. Brahim YOUSSEFI

Blue eye view

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522.25.48.88 / Fax: 0522.25.70.88
CASABLANCA