

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

- 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° W19-547887

ND: 41897 AMPL

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08223

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUGJA LETILA ep. CHRAIB

Date de naissance :

08/06/1969

Adresse :

N°37 Rue 39

Tél. :

0661 188 147

Total des frais engagés : 300 + 40,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/10/2020

Nom et prénom du malade :

BOUGJA Letila

Age: 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : CASABLANCA

Le : 19/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

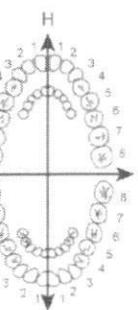
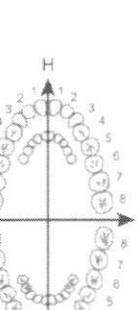


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/08/2023	C		30000	INP : 1234567890 Dr. LAZARUS, Professeur en Optique, 16 Boulevard Anatole France, 75016 Paris - Tél/Fax : 0532.987.654

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE OSMAA FERME CASABLANCA 263</i> <i>El Amraoui Smaâ - Casablanca - 052 22 263</i>	<i>13/10/812020</i>	<i>40,30</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.										
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
				INP : <input type="checkbox"/>						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>						
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>						
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </td> <td style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </td> <td style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> B </td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	B	
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000									
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553									
B										
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>								
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>								
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>								
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>								

Professeur N. LAOUISSI

الأستاذة لعويسى . ن

Spécialiste en Ophtalmologie

Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex Professeur à la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de CASABLANCA

EX Attachée au CHU de Nantes (France)

Microchirurgie de l'Oeil

Strabisme - phacoemulsification

Angiographie - Laser - Lentilles de contact

Chirurgie Réfractive

Agrée en Médecine Aero spaciele

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

Casablanca, le : 19-5-00

BougSA Lulu

40, 30

chbon xme



lgh & uj

PHARMACIE ODYSSEE
ASmaâ AMOR
15 bis, Rue Tâneâ, Ferme Bretonne
Beautejjour Casablanca
Tél/ Fax: 0522 25 52 53

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél/Fax: 0522 99 46 00

76, Bd. Abdelmoumen-Résidence Koutoubia, 1^{re} Étage-Casablanca

Tél : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15