

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU

RACHIDI

Date de naissance :

01/01/56

Adresse :

Colline La colline II California

CASA

Tél. : 0661159849

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mohamed BENNA
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél. 0522 22 40 22 / 0522 22 622

Date de consultation :

03/09/2020

Nom et prénom du malade :

LAHLOU RACHIDI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

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 :

CASA

Le : 12/10/2020

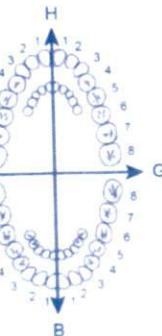
Signature de l'adhérent(e) :

LAHLOU

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
Dr. Mohamed BENNAJAH Dr. Rachid ALMAGHLI 84, Bd. Rachid II - Casablanca 0522224022 052222	03/09/20	Kgo	Dr. Mohamed BENNAJAH Dr. Rachid ALMAGHLI 84, Bd. Rachid II - Casablanca 0522224022 052222 100000

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 canalaires, 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابق بمستشفيات باريس

CASABLANCA, Le 03/09/2020

HONORAIRES :

Mr. LAHLOU Rachid

Acte : OCT : K80 . (Tomographie par cohérence optique)

Montant : 1000.00 Dhs (MILLE DHS) .

Docteur Mohamed Bennani

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

54, Bd Rachidi - Casablanca

Tel.: 0522.22.40.22 / 0522.22.62.22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22

شارع الراشيدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس : 05.22.22.73.22

ICE 001709416000017

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
Chirurgie vitréo - rétinienne
Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني
طب العيون
أمراض وجراحة الشبكة
داخلي سابق بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 03/09/2020

COMPTE RENDU OCT
OCT DU jeudi 03 septembre 2020
Mr. LAHLOU Rachid

Contexte :

Trou maculaire opéré à l'oeil droit

OCT oeil droit :

Trou maculaire parfaitement fermé. Ligne des photorécepteurs bien régulière

Absence de fluide

Epaisseur centrale : 285 μ

OCT oeil gauche :

Bonne dépression fovéolaire. Séparation vitréomaculaire complète

Epaisseur centrale : 289 μ

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

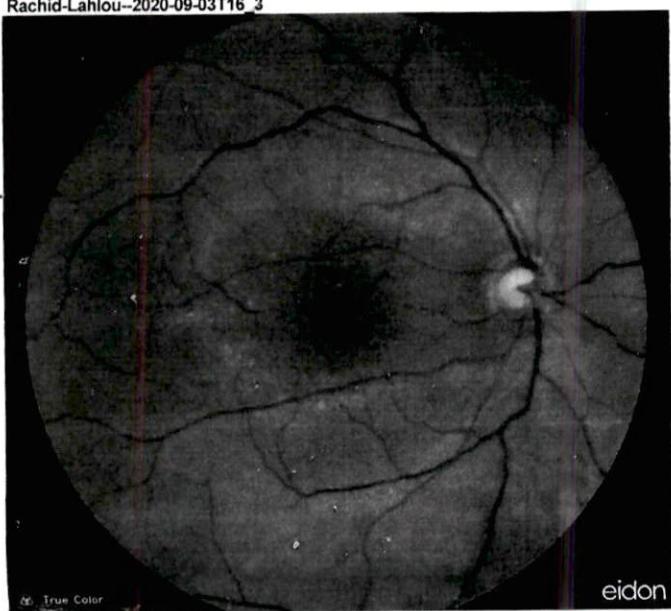
Patient: LAHLOU, RACHID
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1956
Exam.: 03/sept./2020

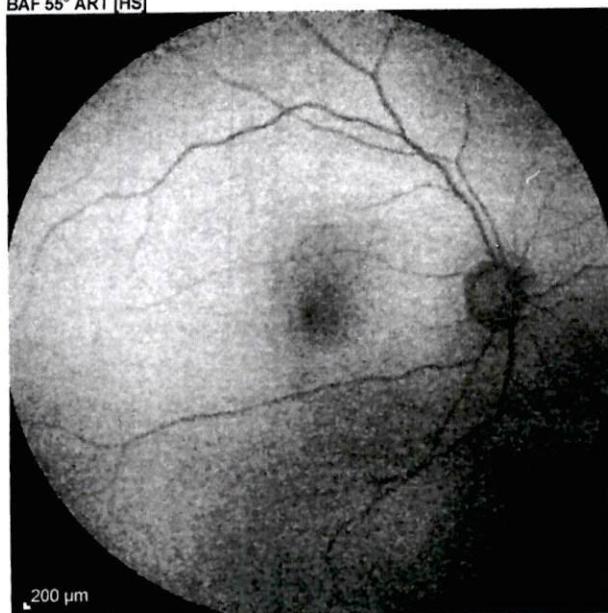
Sex: M

OD

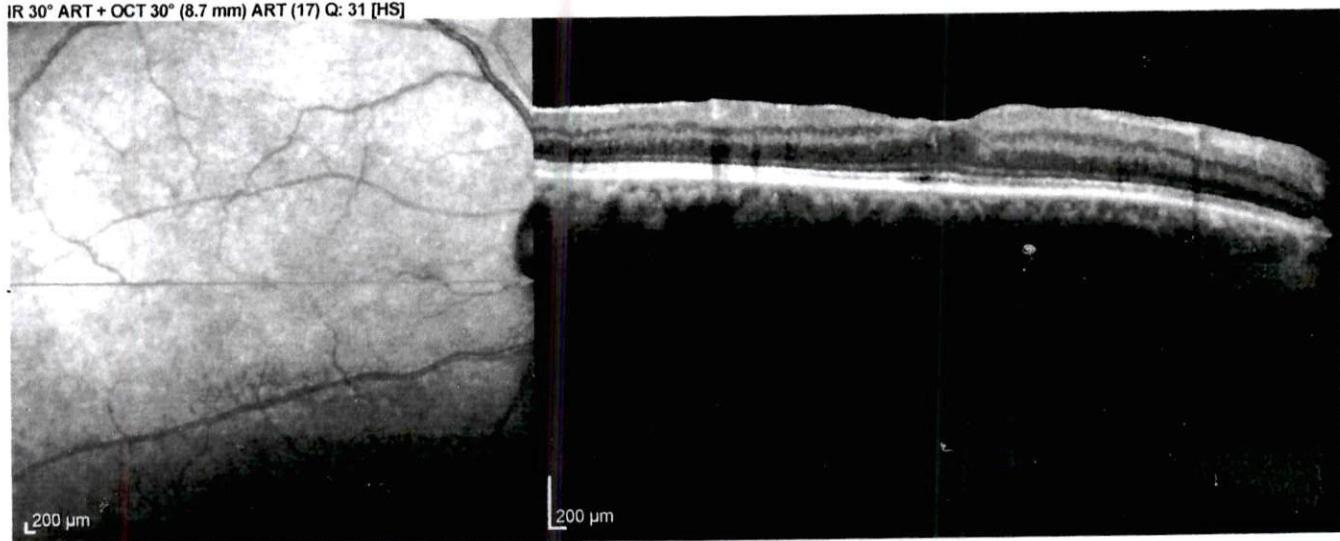
Rachid-Lahlou-2020-09-03T16_3



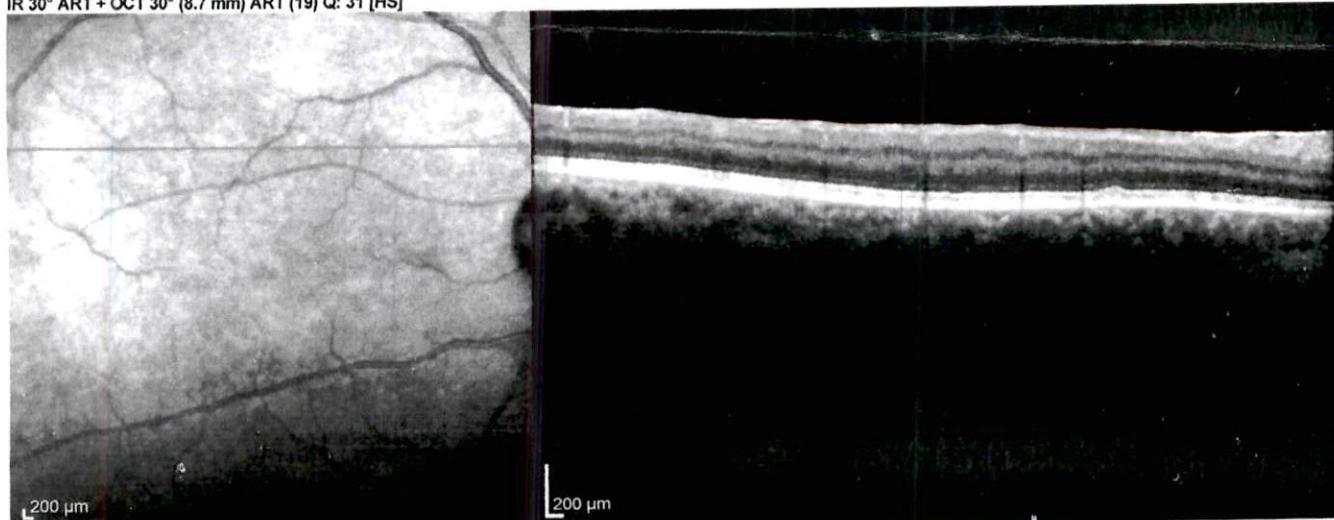
BAF 55° ART [HS]



IR 30° ART + OCT 30° (8.7 mm) ART (17) Q: 31 [HS]



IR 30° ART + OCT 30° (8.7 mm) ART (19) Q: 31 [HS]



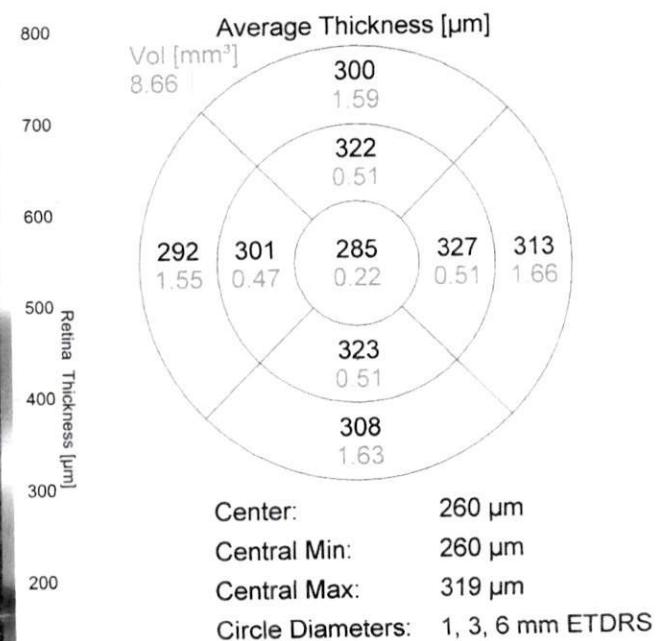
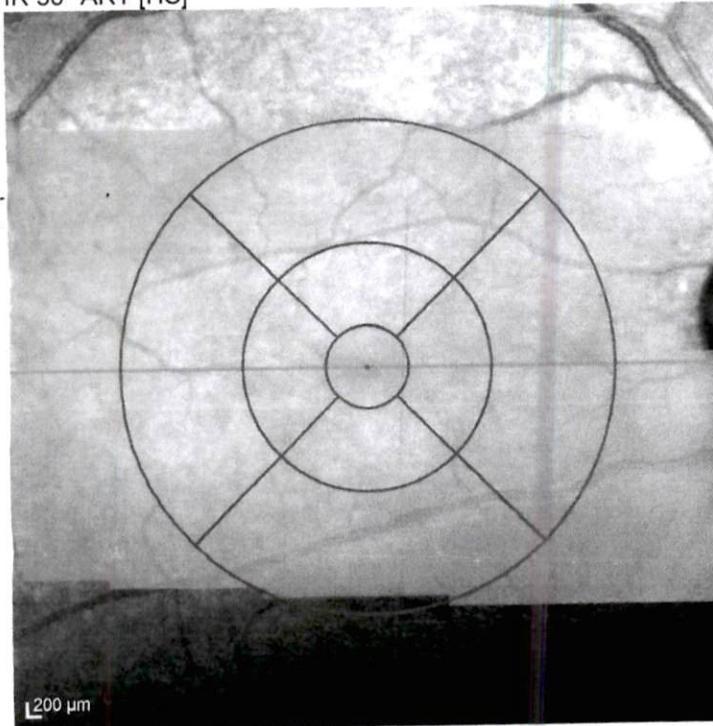
Name: LAHLOU, RACHID
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1956
Exam.: 03/sept./2020

Sex: M

OD

IR 30° ART [HS]



OCT 30° (8.7 mm) ART (17) Q: 31 [HS]



Patient: LAHLOU, RACHID
Patient ID: ---

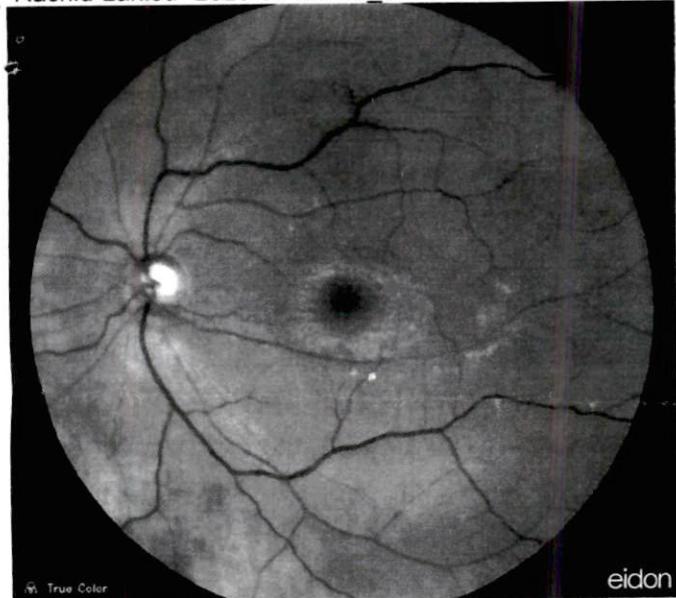
DOB: 01/janv./1956
Exam.: 03/sept./2020

Sex:

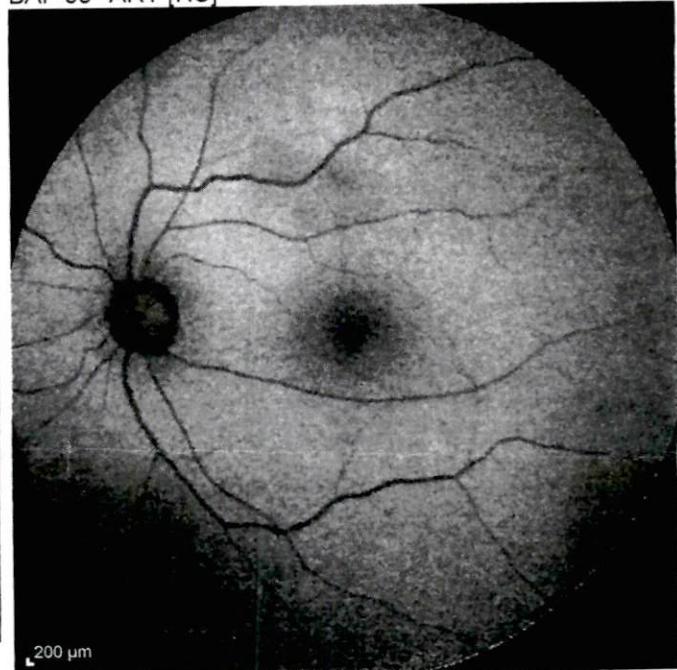
M

OS

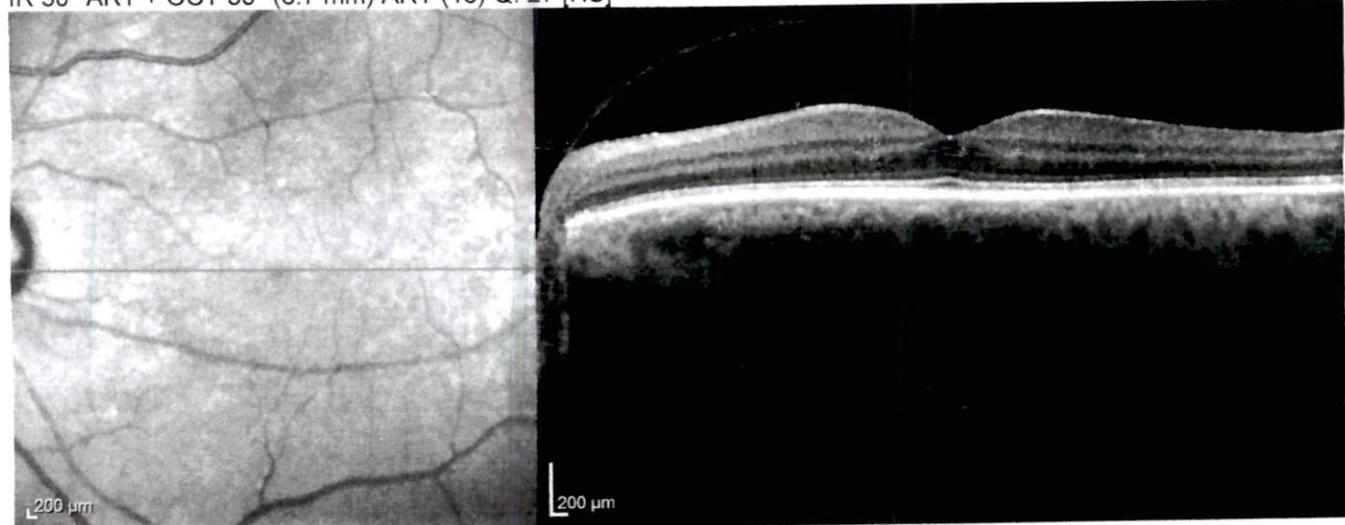
Rachid-Lahlou--2020-09-03T16_3



BAF 55° ART [HS]



IR 30° ART + OCT 30° (8.7 mm) ART (16) Q: 27 [HS]



LAHLOU, RACHID

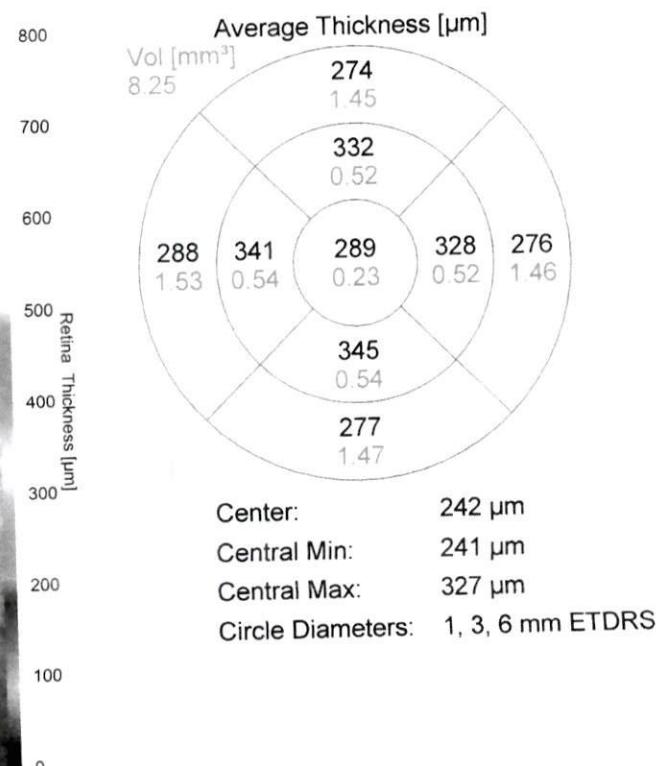
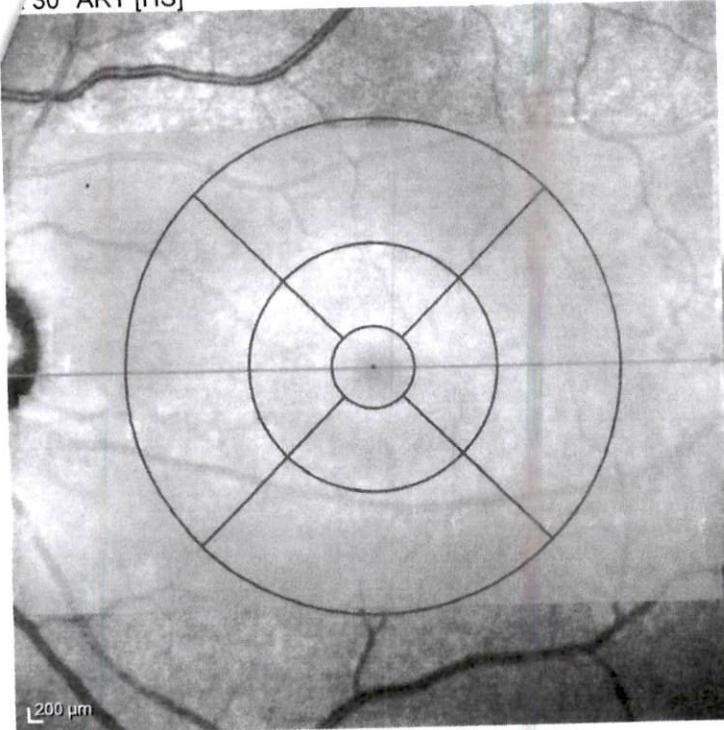
DOB: 01/janv./1956
Exam.: 03/sept./2020

Sex: M

OS

ID: ---

30° ART [HS]



OCT 30° (8.7 mm) ART (16) Q: 27 [HS]

