

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° W19-515335

17727

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELAZRAK abdelAKRIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du médecin :

Age :

Lien de parenté :

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) :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire									
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table>	D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table>	D	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D	H										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										
D	G										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										
		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession								

Signature du praticien		Signature du praticien	
attestant le devis		attestant l'exécution	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0039971		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle									
Nom & Prénom El AZRAK ABDELKrim											
Fonction RETRAITE	Phones 0662343962										
Mail											
MEDECIN	Prénom du patient ABDELKEIM										
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>									
Age 70	Date 23/12/2019										
Nature de la maladie Rejume											
Date 1ère visite											
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances											
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>Consultation</td> <td></td> <td>25000</td> </tr> <tr> <td>Spécialiste c2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Consultation		25000	Spécialiste c2		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires									
Consultation		25000									
Spécialiste c2											
PHARMACIE	Date 23/12/19										
Montant de la facture 633,80											
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date									
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires									
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date									
Nombre		Montant détaillé des Honoraires									
AM	PC	IM	IV	883							



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلیاج (بلجیکا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mr. ELAZRAK ABDELKRIM

SERUM PHYSIOLOGIQUE/36

1 lavage 2 fois / j, dans les deux yeux, pendant 8 jours

EXOCINE COLLYRE

2 gouttes 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

CELLUVISC COLLYRE

~~1 goutte 6 fois / jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours~~

XALATAN: collyre

1 goutte par jour le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 3

Mois

Casablanca - le

23/12/2019

96. شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارنة، الطابق 2، الشقة 6 - الدارالبيضاء - الهاتف: 0522.86.05.57 / 58 - 96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2^{ème} étage N° 6 (en Face café JZA) - Casablanca
المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 06 64 17 10 21 -
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - INPI: 091020354 - ICF: 001633525000046

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A.-
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A.-
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A.-
21,rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidose
6118001 030095
PPV:44DH40
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 40DH40

Collyre en solution
ExOcine®
0.3%
Ofloxacine

© ALLERGAN

