

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-514511

NO = 18392

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres																				
Cadre réservé à l'adhérent (e)																							
Matricule : 9479	Société : RAM																						
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :																					
Nom & Prénom : DADOU																							
Date de naissance : 28-03-1969																							
Adresse :																							
Tél. : 05 22 91 23 55 Total des frais engagés : Dhs																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cadre réservé au Médecin</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cachet du médecin :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date de consultation : 01/01/2020</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom et prénom du malade : M. DADOU A217 50 ans</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lien de parenté : Lui-même</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> Conjoint</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Enfant</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nature de la maladie : affection osseuse</td> </tr> <tr> <td colspan="2">En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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.</td> </tr> </table>				Cadre réservé au Médecin		Cachet du médecin :		Date de consultation : 01/01/2020		Nom et prénom du malade : M. DADOU A217 50 ans		Lien de parenté : Lui-même		<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint		<input type="checkbox"/> Enfant		Nature de la maladie : affection osseuse		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.	
Cadre réservé au Médecin																							
Cachet du médecin :																							
Date de consultation : 01/01/2020																							
Nom et prénom du malade : M. DADOU A217 50 ans																							
Lien de parenté : Lui-même																							
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint																							
<input type="checkbox"/> Enfant																							
Nature de la maladie : affection osseuse																							
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.																							
<p>Je déclare 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.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>Signature de l'adhérent(e) :</p> <p>Le : 22/01/2020</p>																							

(Signature)

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
22/01/20	CS		200,00 DT	INP : 0911525997
				Dr. Mounir Othmane Ophthalmologiste et Chirurgie des Yeux Boulevard Alzizoun El Oued - 0612527730

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/2010	15000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	Nature des Soins	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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique: nécessaire à la profession</p>			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 Mounir DAHREDDINE

Diplômé de la faculté de médecine Paris 7 Diderot
Ancien assistant spécialiste des Hôpitaux de Paris
DU Pathologies et Chirurgie Rétino-Vitréenne
DU Imagerie et Pathologies Rétiniennes
DU Chirurgie Réfractive et Phaco-émulsification
DU Pathologies et Chirurgie Orbito-Palpébrale et Lacrymales

OPHTALMOLOGISTE
Maladies et chirurgie des yeux
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification, Chirurgie de la rétine,
Laser argon, laser yag, Angiographie



le mercredi 22 janvier 2020

Monsieur Aziz DAOUDI

- HYLO comod : dans les deux yeux
Une goutte trois fois par jour pendant six mois



Dr Mounir DAHREDDINE
Ophtalmologue des Yeux
Maladies et chirurgie des Yeux
Boulevard Anoual Casablanca - Tel: 05 22 30 26 32
416, Angle Boulevard Abdelmoumen
Casablanca - Tel: 05 22 36 66 25 - 06 72 62 77 39 - Email: dahr mounir70@hotmail.fr