

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.



Declaration de Maladie

N° W19-525794

CA

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e) 22207

Matricule : 7528

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANBARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 24 41

Total des frais engagés : 1784,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e)

Le : / /

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
DROITE	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28				
GAUCHE	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28				
HAUT	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28				
BAS	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H			
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT	NOM : ANBARI	Mle 7528
DECLARATION N°	W18-386024	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
21/02/2020	1784,9	
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		



W18-386024

DATE DE DEPOT

21/02/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle **7528**

Nom & Prénom **ANBARI Fatima**

Fonction : **Agent** Phones **2441**

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

m. Anbari fatima

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date **19/02/2020**

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Glaucome

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

CS		ct
-----------	--	-----------

PHARMACIE

Date **18/02/2020**

Montant de la facture

**PHARMACIE
PARANFA AIN DIAB SARL AU
Dr BENNANI L'H
T 05 22 89 01**

1784,90

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
--------	---------------------------------

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
----	----	----	----	---------------------------------

LOT S029887 1
EXP 06 2021
PPV 164.20 DH

LOT S029887 1
EXP 06 2021
PPV 164.20 DH

LOT S029887 1
EXP 06 2021
PPV 164.20 DH

ORDONNANCE

Casablanca le 19/02/2020

ANBARI Fatima

Cosopt
3X164.20(coll) 5
1foulte x 2/j pdt 03 mn- Xalatan (coll)
3X157
1foulte x 2/j pdt 03 mn- Alphagan (coll)
4X147.80
1foulte x 2/j pdt 03 mn- DEXAFREE (coll)
3X177.10
1foulte x 3/j pdt 03 mnDR. CHAIBI MOHAMMED
Ophthalmologiste
Panoramique, California,
Casablanca - Maroc

30/10/2019 - Prescription - Remboursement Sécurisé - Maroc
Cifra 0.4 ml - PPV : 77.10 DH
DEXAFREE 1 mg/ml

6 118001 102860

Barcode

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amna DAOUDI

082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862

6 1194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

6 118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0.4 ml - PPV : 77.10 DH

6 118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0.4 ml - PPV : 77.10 DH

tibué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amna DAOUDI

+212 522 50 15 15

+212 522 86 46 18

+212 522 86 46 19

+212 522 86 46 20

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

ALLERGAN PPV: 147DH50



Brimonidine
PPV: 147DH50
Brimonidine
PPV: 147DH50
Coller en solution
0.2%
Brimonidine
PPV: 147DH50
Collyre en solution

+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 21

+212 522 86 46 19

+212 522 86 46 20

info@clinic-eye.com

www.clinic-eye.com