

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

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7528

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ANSARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 24 41

Total des frais engagés : 1784,9

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ 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'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 :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

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		73
Fonction : Agent	Phones 2441	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient M. ANBARI Fatima	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 19/02/2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Glau come		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		OK
PHARMACIE	Date 19/2/2020	1784,50
Montant de la facture	PHARMACIE PARANFA AIN DIAB SARL AU Dr BENNANI L-Ha 05 22 22 9 01	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV



ORDONNANCE

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

Casablanca le 19/02/2020

ANBARI Fatims

Cosopt (colly) 3x164.20
goutte x 2j polt 03mm

- Xalatan (colly) 3x157
goutte x 2j polt 03mm

- Alphagan (colly) 4x147.50
goutte x 2j polt 03mm

- DEXAFREE (colly) 3x177.10
goutte x 3j polt 03mm

1784.80

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

PPV: 147DH50



Brimonidine
PPV: 147DH50

Brimonidine
PPV: 147DH50

Brimonidine
PPV: 147DH50

Brimonidine
PPV: 147DH50

Brimonidine
PPV: 147DH50



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0.4 ml - PPV : 77.10 DH

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



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0.4 ml - PPV : 77.10 DH

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

082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862

1194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15

+212 522 86 46 18

+212 522 86 46 19

+212 522 86 46 20

+212 522 29 66 00/60

+212 522 86 46 21

info@clinic-oeil.com

www.clinic-oeil.com