

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09352			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Société : RAM
Nom & Prénom : BOUTOURK Nadia			
Date de naissance : 16-04-1970			
Adresse : Avenue Dar Bouazza			
Tél. : 66279861 Total des frais engagés : 3100,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Docteur LAOUSSI Nadia Professeur en Ophtalmologie Prof. Bd Abdellah Ben Abdellah Casablanca - Tel: 022 20 4600	
Date de consultation : 27/01/2011	
Nom et prénom du malade : ELFAROUK FAOUZI Age: 02/01/1991	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Amétropie	
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 : 27/01/2011 Le : 27/01/2011
Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27-10-21	C3		3000 DH	INP : <input type="text"/> Docteur LAOUSSI Nadia professeur en Ophtalmologie Bd Abdellatif Ben Finance Koutoubia +212 022 98 46 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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												
	<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 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B	D	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B	D												
					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

Professeur N. LAOUISSI

الأستاذة لعويسى. ن

Spécialiste en Ophtalmologie

Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex. Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA

EX Attachée au CHU de Nantes (France)

Microchirurgie de l'Oeil

Strabisme - Phacoemulsification

Angiographie - Laser - Lentilles de Contact

Chirurgie Réfractive

Agree en Médecine Aérospatiale

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكة الوعائية - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

27-1-021

EL FAROUK Fodha

lunettes de protection

OD: $(5^\circ - 350)$ - 4150

OC: $(180^\circ - 3150)$ - 425

optical Cev

Agence optique

Docteur LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
75, Bd Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel: 022 99 48 00



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IR : 30011276 - INP : 33610708

Facture

0000992

Casablanca, le 02.10.2021

M

EL FASOUL FADWA

Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
oakak +2.6	OD 40 OG 40	OD / OG /	OD / OG /	OD / OG /
Monture	Métal	Plastique		800
V.L. : - OD - OG	3.80 + 5 3.80 + 180	400 400		4.000 4.000
V.P. : - OD - OG				
ADD./				
TOTAL				2.800

Arrêtée la présente facture à la somme de

chiffre 02 Dz mille