

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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

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.

PRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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° M21- 0020931

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2371 Société : RAM. 77565
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOUNHANI MOHAMED
Date de naissance : 12/02/1951
Adresse : RTE EL JADIDA RES RAH IMM 6
APT 602 CASA
Tél. : 0661834452 Total des frais engagés : 1200 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr ZIDI Mohamed
Date de consultation : 02/07/2021
Nom et prénom du malade : TOUNHANI Mohamed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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) :

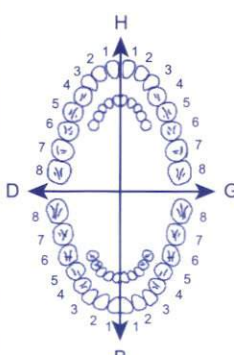
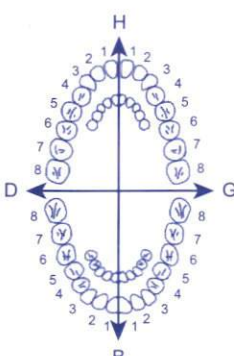
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan d'hygiène.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>					
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>					
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>					
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>					
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">B</td> </tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		B	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> D </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		B							
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>					
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 G 35533411 11433553 <hr/> B	Coefficient des Travaux
		Montants des Soins
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		Date du devis
		Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

02/07/2021

PATIENT: Mr. TOUHAMI Mohamed
Age : 70 ans

Compte rendu angiographie rétinienne:

PATIENT : Mr. TOUHAMI Mohamed
Age : 70 ans

Œil droit et gauche :

Rétinophoto:
Papille: rose
Arbre vasculaire: respecté
Macula: drusens

Après injection de la fluorescéine:

Pôle postérieur: absence d'activité néovasculaire
Périphérie rétinienne: RAS

Dr. Zidi Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés EN
Gnymmer Oasis Casablanca



INPE 090060914

F A C T U R E

N° : 3573 du 02/07/2021

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

ANGIOGRAPHIE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr TOUHAMI MOHAMED	PAYANT	02/07/21 02/07/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE ANGIO		1,00	800,00	800,00
			Sous/Total	800,00
			Total clinique	800,00
DR. ZIDI Mohamed (oph)	K	1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	400,00
			Total autres prestations	400,00

Arrêtée à la somme de :		
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		
Encaissé esp	Encaissé chèque	Total Solde
1 200,00		1 200,00
		TOTAL GENERAL 1 200,00



INPE 090060914

NOTE D'HONORAIRES

Le : 02/07/2021

Références : 3573 / Payant

Entrée / Sortie : 02/07/2021 - 02/07/2021

Le Docteur **ZIDI Mohamed**
OPH
Patente n° :
Adresse

a l'honneur de présenter : Mr **TOUHAMI MOHAMED**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés
بناية 25 شارع الدار البيضاء



INPE 090060914