

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.

pharmacie :

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : 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- 0037574

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

98145

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0750

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MEIBRAHIMI Yohanna es

Date de naissance :

Adresse : 47 Rue Mustapha el Moujademji Boutiba

Tél. : 066 124 13 40 Total des frais engagés : 4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/2021

Nom et prénom du malade : 260RAHIMI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affectez 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'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 : Casablanca

Le : 09/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/6/14				<i>(Signature)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Mohamed NACIRI Resident 1523 31 03 75/78

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>(Signature)</i>	18 SEP 2014	<i>ETUDE</i>	400/-

AUXILIAIRES MEDICAUX

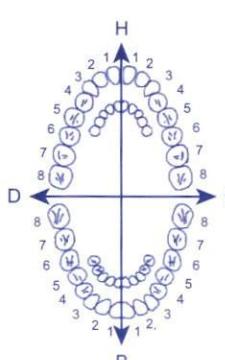
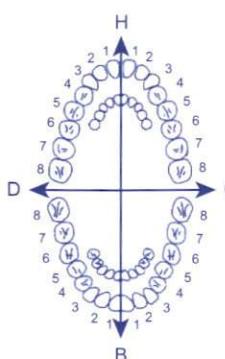
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	
D	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور سيدى محمد الزهيري

Dr. Sidi Mohammed Ezzouhairi

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Lauréat de la faculté de médecine Bordeaux II
Titulaire de C.E.S. de biologie humaine
Ancien interne des hôpitaux de France



اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بوردو II - فرنسا
داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des glaucomes
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification
Chirurgie vitréo-rétinienne

مركز علاج داء الزرق Centre du glaucome

- OCT : Tomographie par cohérence optique
- Champ visuel automatisé
- Pachymétrie
- Rétinographie non Mydriatique
- Compass
- Angiographie numérisée
- Laser SLT
- Laser Yag-Argon
- Laser diode
- ECP
- Chirurgie des glaucomes
- UBM : Echographie à haute fréquence
- Echographies A et B
- Microcopie spéculaire

ICE : 00 16 24 12 7 00 00 40

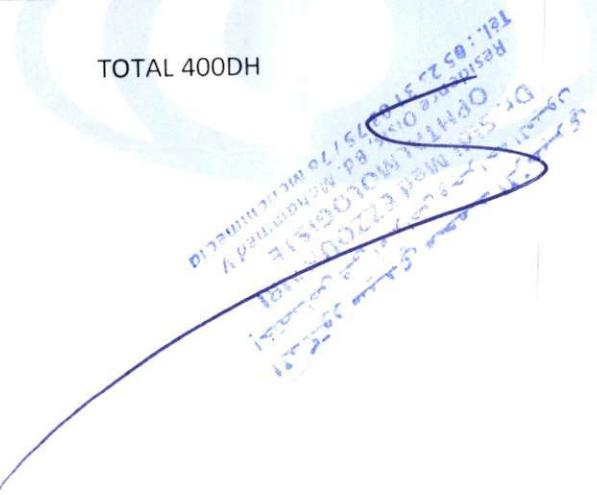
LE 16/09/2021

FACTURE

Mr IBRAHIMI MOHAMED

DESIGNATION	PRIX
ECHOGRAPHIE B	400DH

TOTAL 400DH



إقامة الوازيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd Mohammed V - Mohammedia. Tél. : 05 23 31 03 75 / 78
E-mail : ophtalmologies@gmail.com - Urgences : 05 23 32 90 02 / 03

Patente : 394 033 03
ICE : 001624127000040



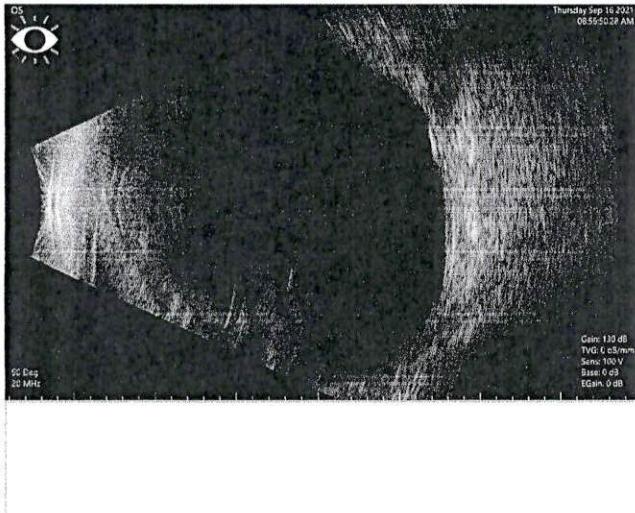
Patient ID :
Patient :
Date of Birth :
Report Date :

405F20
IBRAHIMI, MOHAMED
04/04/1944
2021/09/16

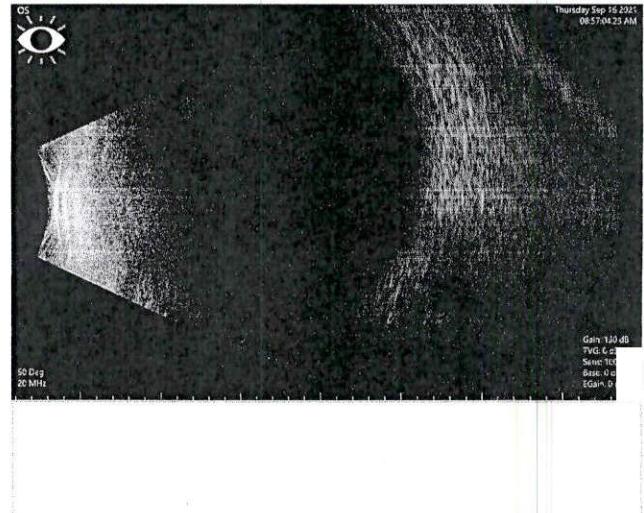
Exam Range:

2021/09/16 - 2021/09/16

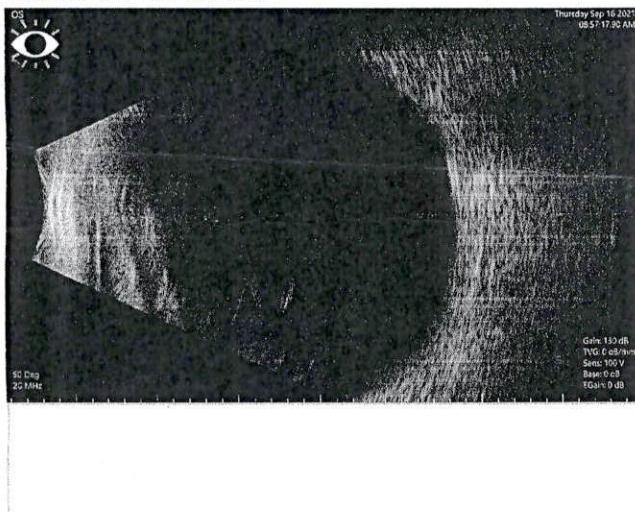
Examiner : Dr LEILA , NACIRI



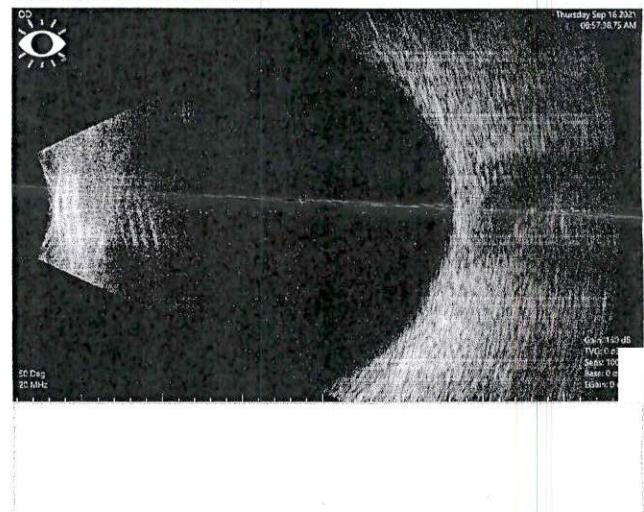
Examiner : Dr LEILA , NACIRI



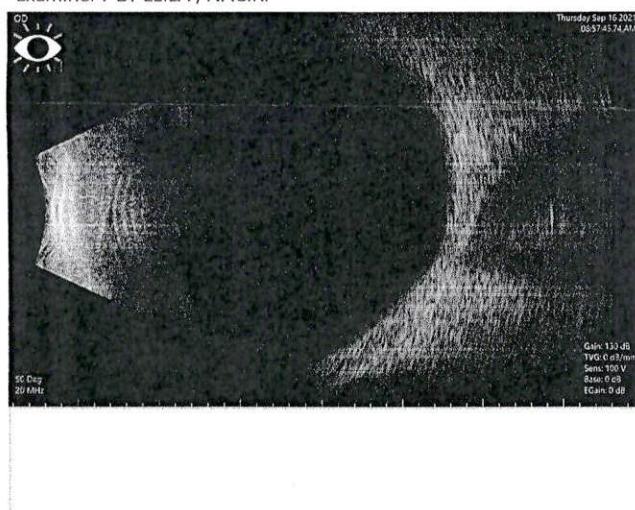
Examiner : Dr LEILA , NACIRI



Examiner : Dr LEILA , NACIRI



Examiner : Dr LEILA . NACIRI



Examiner : Dr LEILA . NACIRI



• Retie 5 ft off.
etc further off