

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

Le 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-576113

100933

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5855	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Choukri Ali n° 132			
Date de naissance : 16 07 53			
Adresse :			
Tél. : 06 61 65 70 66 Total des frais engagés : 1312			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06 11 2011			
Nom et prénom du malade : Ali Choukri Fathima Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : Appendicite			
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 : RAM Le : 11/11/2011

Signature de l'adhérent(e) : Ali Choukri

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-576113

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 5855

Nom de l'adhérent(e) : Ali Choukri

Total des frais engagés : 1312

RELEVÉ 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
04.12.20	Vz CS		100,-	INP 0911401813 11/12/2020 Signature de la personne chargée de la comptabilité ZAN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/12/21 04/12/21	60700 303.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																		
				MONTANTS DES SOINS []																		
				DEBUT D'EXECUTION []																		
				FIN D'EXECUTION []																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS []
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []																		
				DATE DE L'EXECUTION []																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



عيون
للهار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 1/12/2021

Lundi 08 Decembre 2021

09:00

Levage
E Mansour
Casablanca

Oculaire 1s

Oculaire

(27)

7620x4
305.60
117,00

Levage x 4

Zylet

1Pc x 41;

15 = 60

Zylet

11.0

7620
1Pc x 21;

3 mi

renouveler apres 10
cycle de 3us

Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76.20 DH

6118001101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Urgence 24/24

tal de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - C

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occn.n

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 0020 / 19900000,

Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unidoses
PPV : 76.20 DH

6118001101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

2500 Frakidex

15% Deltapred 100g ~~100g~~

gas paper x 2

theabotx 100g (F)

T = 6000

DENTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
Route des Papillons OASIS
Casablanca
Tél: 052 25 11 15 Fax: 052 25 11 15

FRAKIDEX Pom. Optia 50
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zoute industrielle Taziella maziane,
Agadir - Maroc.
AMM N°01/19/DMP/21/NRQDM

x 125

PHARMACIE
DE L'OASIS
ROUTE DES PAPILLONS
Dar es-Salam
Tel: 052 25 11 15
RC: 399 00

3 662042 003295
Barcode: 3 662042 003295
Distribué au Maroc par :

Laboratoires ZENITHPHARMA
B.P. 1162 Bouskoura - Maroc
N° H.A.: 1573/2010/DR/AMM/MAROC
PPC: 14/7/00 DH/2010



Théa CE 02

0663635600



Casablanca le : 04.12.20.....

BON DE REGLEMENT

Reçu de

Mme M. YOUSSEF FARIMA

La somme de : Quatre cent Dhs
400.00Dhs

Pour : V2 Consultation en urgence.

Cachet et signature

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 / 25 11 15

Urgence 24/24

Ophtalmologiste
Dr. ZAIW
Docteur