

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 spécialisés, 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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.

N° W21-647220

Par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2563	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : RETRAITE	119267
Nom & Prénom : AHMED CHENNOUNI			
Date de naissance : 30-06-1946			
Adresse : N° 161, RUE SIDI MASSA, BORG 1 - ESSAOUIRA			
Tél. : 0611 71 71 09 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/05/2022			
Nom et prénom du malade : EL NEZIANE EZZERHOUSSI AYAT Age : 78			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Passer oeil droit			
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) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-647220
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
16/08/2022	180		15.00.00	INP : 04/2021/83 Professeur Laurent Ophtalmologie en Médecine d'Appartement - 49300 -

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

16/05/2022

RAPPORT MEDICAL

Je soussigne

certifie que La patiente

EL MEZIANE EZZERHOUNI LALLA AICHA Une rétinopathie diabétique

Il nécessite un P.P.R au laser argan au niveau de l'œil droit.

Certificat delivre a l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Professeur ZADNASS Abdellah

Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة و أمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

AGADIR LE : 16/05/2022

HONORAIRE LASER ARGON N° 067/2022

Nom et Prénom : EL MEZIANE EZZARHOUNI LALLA AICHA

Acte k80 : laser argon sur trou niveau de l'œil droit

MONTANT : 1500 DH (MILLE CINQ CENT DIRHAMS ESPECE

00171722300009
ICP:

Professeur ZADNASS Abdellah
Ophtalmologiste
Institut Marocain de la Vision
Tél: 0528843300 - Fax: 0528844378