

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 |

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.

Nº W21-628096

119785

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12563

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RENRI YENE JALAL

Date de naissance :

03/10/1984

Adresse :

n 4, Rue 52, ouc FA - CRCA

Tél. :

0662 651 645

Total des frais engagés :

897,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25-05-2022

Nom et prénom du malade :

BEN RYENE YOUNI

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare également être au fait de la loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

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
25.03. 20.2.2	V 2 + K 10 G 3 L 1 Urgence Frais de dépl		550,-	INP : Dr J. W. [Signature] Ophtalmologie Clinique des Papillons T17171 (SG) FA 10 E : 09 17 50 10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
M & M PHARMACIE HARMACIE DES PRÉS Errahma GH 13-14 Dar Bouazza 05 22 89 75 61	25.03.22	27750

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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 de l'ODF.																		
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
D.E.F PROTHÉSES DENTAIRES					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G	00000000	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412	21433552															
	D	00000000	00000000															
	B		35533411															
	G	00000000	11433553															
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS													
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION													
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION													
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX													
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS													
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



Casablanca le : 25 - 03 . 2022

BON DE REGLEMENT

Reçu de

M... BENRIYENE YOUSSEF

La somme de : Cinq cent cinquante Dhs
550.00Dhs

Pour : V2 Consultation en urgence.

Cachet et signature

Dr. J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. 0522.25.71.71 (LG) - Fax : 0522.25.11.15
Mobile : 0921.00.188

Urgence 24/24



Casablanca le : 27/05/2012

Dr. Abdenbi Yousfi

27.5.10

1) Icén collig

- journal 24/7



(pot 10
gou)

125,00

2)

xilocal collig

- journal 24/7



(pot un
mois)

125,00

3) Hydramed Night Normal

- apres soin



DX
OPTIQUE
OPTIQUE
Ophtalmo clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tel.: 05.22.25.71.71 - Fax: 05.22.25.11.15

277,50

M&M PHARMA
PHARMACIE DES PRES
Parc Errachidia 301 - 302 - 304 Dar Bouazza
Tel.: 05.22.89.75.61

Urgence 24/24

DE CASABLANCA
OPHTALMO CLINIQUE
13, Rue des Papillons - Oasis
Casablanca
Tel.: 05.22.25.71.71 - Fax: 05.22.25.11.15

HydraMed night
Preservative free lubricating
ointment
lubrifiant sans conservateur
5 g tube
PPC 125,00 DH

M&M PHARMA
PHARMACIE DES PRES
Parc Errachidia 301 - 302 - 304 Dar Bouazza
Tel.: 05.22.89.75.61

Lot: YE 0.076
Fab: 05 21
Exp: 05 23
PPV: 27DH50

أيسين®
Icin®