

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.

N° W21-631972

120086

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>1024</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <u>Uenre</u>
Nom & Prénom : <u>Souad Baliga</u>		
Date de naissance : <u>1954</u>		
Adresse : <u>Imm. des Habous Av de la mequque BP373</u>		
Tél. : <u>067825982</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs	

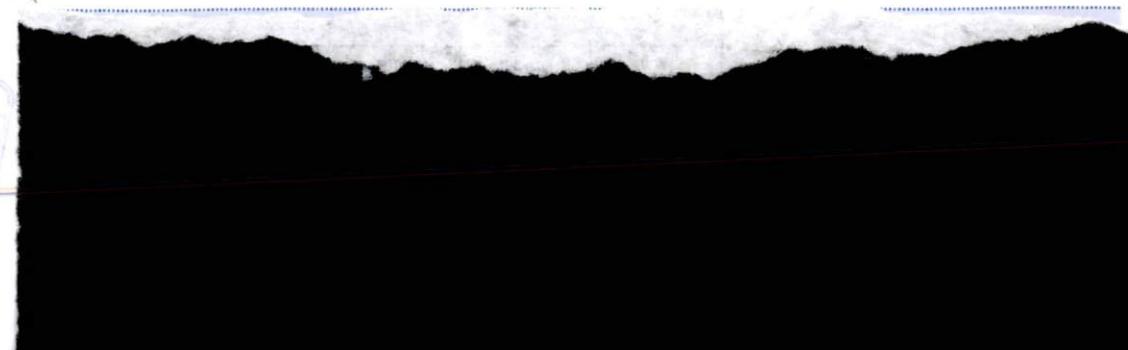
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>22/10/2011</u>		
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <u>affections oculair</u>		
En cas d'accident préciser 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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : SB

Le : _____ / _____ / _____



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/06/11	OS		C	 INPE 09116A764 INTERNATIONAL clinic Dr. Majed BAKAJI Optalmologiste 102-103, Bd Anoual, Casablanca Tel.: 05 22 64 14 90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Nazha El Aoudia A S S A D A T - Pharmacie</p> <p>33, bd. Bourdonnac - Casablanca 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 28 11 13</p>	<p>21-06-2002</p> <p>2022</p>	<p>303,50</p>

092010982

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

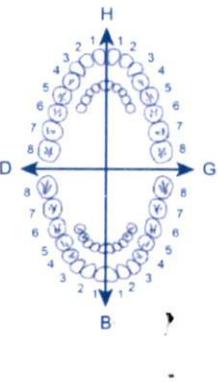
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

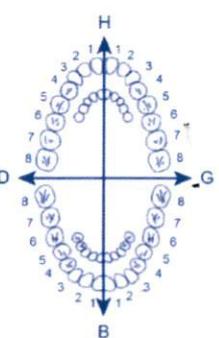
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

**DATE DE
L'EXÉCUTION**

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INTERNATIONAL
clinic

Ordonnance

Nom - Prénom :

30,30x2

1/ICOMB* : collyre

130,00x1

2/HYFRESH

01 goutte *4/jours pdt 45 jours



27,10x2

3/ICIN :

29,80x2

4/FRAKIDEX* : pommade

33,60x2

5/AFLOX* : 250 mg

01 goutte*3/j pdt 1 mois



31,00x2

6/ Pansement oculaire :

01 application par jour le soir pdt 15 jours



01 comprimé *2/jour pdt 05 jours



Changement de pansement chaque matin pendant 06 jours

Ps : commencer le traitement local le lendemain de l'opération

Pharmacie <i>Argane</i>	Nozha El Aoud Propriétaire Pharmacie
102, 103, Bd. Bourguiba - Casablanca Tél : +212 522 860 897 - Fax : +212 522 641 400	

303,10



Date : 21/06/22
Contrôle-le: 22/06/22
à 08h30

102, 103 Boulevard Anoual - Casablanca - Maroc - / Tél : +212 522 641 400

Fax : +212 522 860 897 - E-mail : info@internationalclinic.ma



Lot: YL0031
Fab: 10 21
Exp: 10 23
PPV: 30 DH 30

