

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

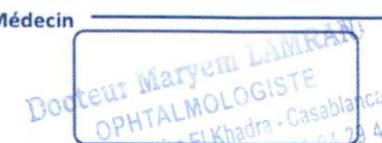
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ▪ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ▪ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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 W19-420459

A20394

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	SL404	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : MEJBAR SAKINA E Pouk TAZI			
Date de naissance :	21/10/1951		
Adresse :	38 Rue de Aphrodite Casablanca		
Tél. :	066 1456468	Total des frais engagés :	2451,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :	1/26/2022	Age:	74 ans
Nom et prénom du malade : TAZI Yacine			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection ophthalmo algique			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/06/2022

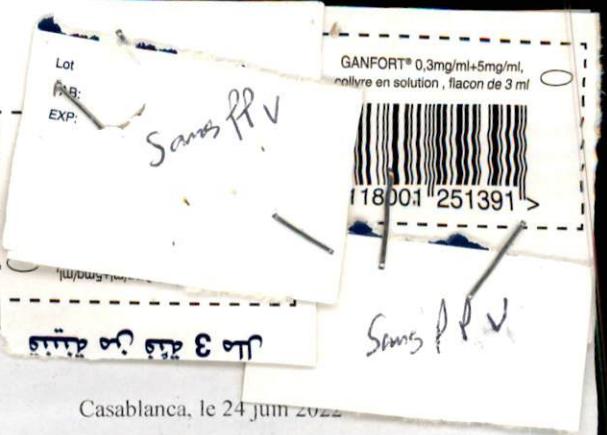
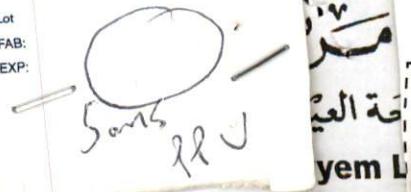
Sakkis

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
26.06.22 C.S.A.KS.		1	350,00 DUCATI	INP : 1010915 OPHTA : EL Khadra - Casablanca El Massira 22.06.01.05.22.94.29.47 51 : 03.22.94.29.46.01.05.22.94.29.47

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BACHOU 06 ERAC BACHOU N° 47 10 2000 1022 83 35 46 Maroc Tel : MÉT' QUALIC pharmacie	24/06/2022	2101.60

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				INP : <input type="text"/>															
				Coefficient des travaux <input type="text"/>															
				Montants des soins <input type="text"/>															
				Début d'exécution <input type="text"/>															
				Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black;">35533411</td> <td style="border-top: 1px solid black;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																	
		Montants des soins <input type="text"/>																	
		Date du devis <input type="text"/>																	
		Date de l'exécution <input type="text"/>																	



Spécialiste en Ophtalmologie diplômé
Ancienne Attachée à l'Hôpital

Casablanca, le 24 juin 2002

TAZI Jaouad

Instiller dans les yeux,
1816.00
•GANFORT (AS)

1 goutte le soir pendant 3 mois
283.60
XOLA (AS)

1 goutte 2 fois par jour, à 12 heures d'intervalle, pendant 3 mois

2101.60

Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

