

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-627066

181702



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 3102

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAHID BASSIDI

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : 216 Lotiss. Montawakil Dar Bouazza
Casablanca

Tél. : 05 23 51 862 Total des frais engagés : 201,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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) :

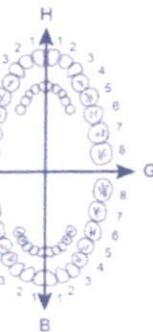
Le : 16/05/2022

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16/05/22		CS	50	INP : 81 MUSONI Signature : Date : 16/05/22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Paul BOUHANE WALTINI LAHMAA - DAF OUMRAANE DAF BOUAZZA KOUCH T. 022 - 96. 52. 54 T. 081 - 86. 02. 19</i>	<i>16/01/2002</i>	<i>201,90</i>

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

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																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

CLINIQUE BELLE VILLE

le 16.05.2023

Mr :Chahid Basidi

30,10

1. Maxidrol collyre



22,40 1 goutte 6 fois par jour

2. Maxidrol pommade



40,40 1 application le soir

3. Exocine collyre ou Cilotan



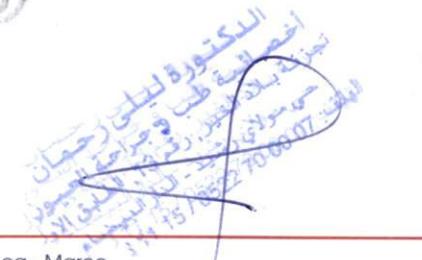
79,00 1 goutte 6 fois par jour

4. Vitapos pommade



30,00 1 application le soir

5. Pansement oculaire



Comfort

ADULTE

6 compresses
OCULAIRE STERILE
Gompreſſe

Comfort

Compreſſe OCULAIRE STERILE

Compreſſes Adhésives pour les yeux

Compreſſes pour les soins des yeux avec le bord oval adhésif qui remplace de façon pratique la classique et inesthétique application de sparadrap supplémentaire.



Prêt à
l'usage

Très absorbant

6
Pochettes
stériles
individuelles

95x65 mm



Pochettes
stériles
individuelles

6

ADULTE

Comfort

Compreſſe OCULAIRE STERILE

Compreſſes Adhésives pour les yeux

Compreſſes pour les soins des yeux avec le bord oval adhésif qui remplace de façon pratique la classique et inesthétique application de sparadrap supplémentaire.



Prêt à
l'usage

Très absorbant

Mode d'emploi :

- 1 - Nettoyer et sécher la zone péri-oculaire.
- 2 - Oter la compresse de son papier protecteur en écrasant les languettes de protection.
- 3 - Centrer et appliquer le dispositif en évitant de toucher le coussinet central.

Ministère de la santé
Enregistré sous N° : 1407



2017022048

6
Pochettes
stériles
individuelles

95x65 mm

Compreſſe
OCULAIRE STERILE
6 compresses

Comfort

