

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

127 438

Déclaration de Maladie : N° P19- 001462

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 031476

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A/AMANE Abdellah Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 069893570 Total des frais engagés : 431,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : A/AMANE Abdellah 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.

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) :

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
06/08/2022	OS			DR EZZOUAIFI SIDI MOHD GISTER Residente OASIS AV Mohammed 05/05/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA FAHL INDE 009932952	06/08/2022	431,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

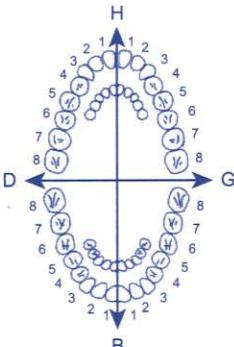
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412 21433552 00000000 00000000	
D	00000000 00000000 35533411 11433553	
G		
B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE SPECIALISEE OPHTALMOLOGIQUE
AL BASSAR MOHAMMEDIA
المصحة المتخصصة في أمراض وجراحة العيون
البصري المحمدية

Mohammedia, le 04/08/2022

NAA MANE

ABDELHAK

SPECTRUM comprimé 500 mg

1 cp 2f/ 5j

NAVI NACL collyre

128,00

1 gttre 3 x /j 1 mois

ICOMB collyre

1 gttre 4 fois /30j

INDO Collyre

58,00

1 gttre 4 fois/j pendant 1 mois

frakideX pommade

1 application le soir pd 15j

Effipred 20mg ++

3cp le matin 5j

Migralgine

1gell 3f/j

Rondelles Stériles Oculaire

34,00 - OSMOSINE

Urgences 24/24 المستعجلات 24/24

33, Lot Sania, Bd Hassan II, Mohammedia - Tél : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax: 05 23 32 38 63
Patente : 39456530 - ID.F 54610273 - ICE : 00173134900011
Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

PHARMACIE IBN SAHL
Lot 17 - Ain Harrouda
Km 17 - Ain Harrouda
Tél. 05 22 32 90 11

DR EZOUR AIRI SIDI MOHAMMED
OPHTALMOLOGIE
Residence OASIS AV Hassan II
Mohammedia
Tel: 05 23 31 03 78
(3030) Tél: 05 23 31 03 78
33, Lot Sania, Bd Hassan II, Mohammedia
Tél.: 05 23 32 90 02 / 03

58,00
21,50
26,40
26,40 - OSMOSINE
134,40 - 34,00



090006339

