

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1446** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : **377,00 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22 Aout 2022**

Nom et prénom du malade : **DBAÏ MOHAMED** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affection à un membre**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
2 Aout 2023			200,00 DA	Dr. ELBAKRI SP en ophtalmologie Médecin ayant fait l'examen. Loftissement Casablanca - T

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>LA PHARMACIE REGIONALE Dr Saad BENJELLOUN Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07</p>	22/08/22	47.900

JNPE : 06 20 74 810 ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

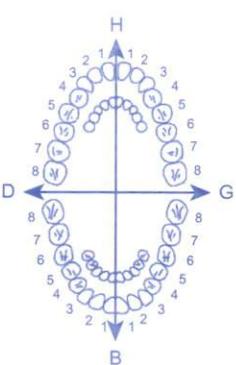
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	D	H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
		C
00000000	00000000	
35533411	11433553	



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

**Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact**



- دكتوره رضا البقال
- طب وجراحة العيون
- حاصلة على شهادة بكلية الطب
- الدار البيضاء
- جراحة العياء البيضاء، [الجلالة]
- القروية المخروطية
- تصحيم البصر بالليزر
- زراعة العدسات
- أمراض الشبكية

ORDONNANCE

22 août 2022

Mr. D BALI MOHAMED

94.00
XAILIN HA C

1 gtt 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

83.00
XAILIN NIGHT

1 application au coucher, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Ts4 ± ±.00

Dr. ELBAKRY AL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Latissement N° 1 - Tel. : 0524 23 03 11 +
Casablanca - Maroc - Makhrouf N° 2

تجزئة نبيلة مخلوف رقم 334، الطابق الثاني - Lottissement Nabila, Makhlof N° 334, étg N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

OPHTALMED
PPC
83.00 DHS

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS