

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.

Matricule : 146923 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI Latifa

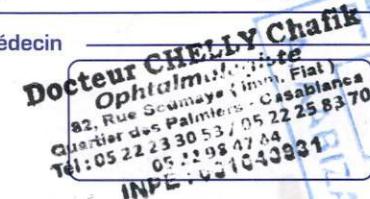
Date de naissance : 18/01/1954

Adresse : Rue 10 April Hay EL HAMRA

Caron

Tél. 680 55 01 12

Total des frais engagés : Dhs



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAMRANI Latifa Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 09/01/2023 | cs | | 300 DHS |  Docteur CHELLI Ophtalmologue 02 Rue Scopus Quartier des Palmiers - Casablanca 05 22 23 38 57 - 05 22 25 83 70 E : 031040931 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien et du Fourmeisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 09/01/2023 | 125,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIOPHARMACIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | 1-1 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | | G | | B | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|---|
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | 35533411 00000000 | 11433553 00000000 | | |
| D | | | | G | H |

[Création, remont, adjonction]

| | | |
|--|---|---------------------|
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | 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

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
 Chirurgie de la Cataracte - Strabisme
 Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
 Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
 جراحة المياه البيضاء - الحول
 القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العين

9 janvier 2023

Madame LAMRANI Latifa

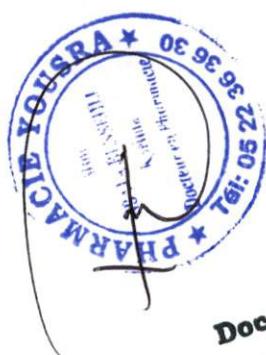


125,00

- XILOIAL COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 1 mois

A RV 3 MOIS



*Docteur CHELLY Chafik
 Ophtalmologue
 82, Rue Soumaya (imme. Fiat)
 Quartier des Palmiers - Casablanca
 Tél : 05 22 23 30 53 / 05 22 25 83 70
 05 22 98 47 84
 INE : 0010079931*

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca

⌚ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

زنقة سومية - إقامة شهرزاد 82

عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - النخيل الدار البيضاء

⌚ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

مستعجلات : 06 52.10.00.12 : ⌚ 06 61.33.04.44