

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.

M22- 0045943

Maladie

Dentaire

Optique

147 363

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 575 Société : R.A.M. ,

Actif Pensionné(e) Autre : Rehabilitée

Nom & Prénom : HAFIDY Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 48 19 46 Total des frais engagés : 228,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Aloussi-Bourgogne
Tél : 0522 27 67 46/51 (L.G)
Casablanca

Date de consultation : 27/02/2018

Nom et prénom du malade : HAFIDY Fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hafidya

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
M. BOUZACHANE
Le : 27/02/2018
MUPRAS

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
27/01/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/23	228,50

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
		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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	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

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

LOT 22012
PER 07/25
PPV 152 DH50

Pr. MED. EL MANSOURI
OPHTALMOLOGIST
Rue Imame Aloussi, Bourgogne
24, Casablanca
Tél: 0522 27 67 46 / 51 (L.G.)
INPE: 091071886

دار البيضاء في : 2023/07/01

159,50

et Valex 300 (chiste au)

1/2 CP X 2/4 / 7 / 10 Am



76,00

2/ Complex vit. + oligo'elements
le malin

228,50 14/-

Aspirine

Pr. MED. EL MANSOURI
OPHTALMOLOGIST
Rue Imame Aloussi, Bourgogne
24, Casablanca
Tél: 0522 27 67 46 / 51 (L.G.)
INPE: 091071886

PHARMACIE EL MANSOURI
CASA S.A.R.L. A.U.
Avenue Mellah Ben Berka Bourgogne
CASA S.A.R.L. A.U.

24, Rue Imame Aloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca

Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G.) - Fax: 05 22 26 66 77

INPE 091071886

INPE 091071886