

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENDA El BEKAI

Date de naissance : 21-7-1958

Adresse : RUE 562 N°01 TERRAST

INSEGAR

Tél. : 066421880 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29-06-2023

Nom et prénom du malade : EL BEKAI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD ALC Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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) :



2437

13 JUIN 2023

MUPRAS

AGENCE

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 Honoraires
09/05/2023	CS		200,-	DR. CHAHBI Mohamed Ophtalmologiste 544, bd. Panthénique Maroc 18/19/20 Casablanca Maroc Fax: 05 22 88 46 20 05 22 88 60 00 05 22 88 46 20 LN
12/05/2023	S	grot		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
DR. S. SOUFIANE	09/05/2023	288.70
DR. S. SOUFIANE	12/05/2023	132.40

INTEGRATION: 042055268

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

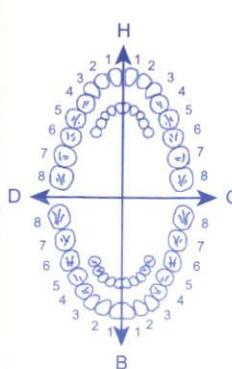
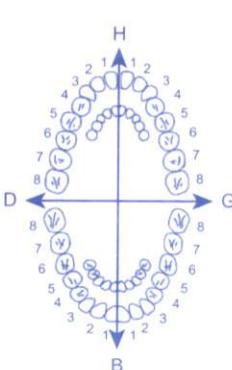
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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			
	H	25533412	21433552	Coefficient des Travaux
D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS	
	00000000	00000000	DATE DU DEVIS	
B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION	
G				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le 12/05/2023

NOM : BE N DAO UD
PRENOM : AEL Break AF

1°) FRAKIDEX (collyre)
1 goutte x3/j pdt 07 jours
1 goutte x2/j pdt 07 jours
1 goutte x1/j pdt 07 jours

2°) SPECTRUM (collyre)
1 goutte x3j pdt 15 jours

3°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)
1 cp x2/j pdt 05 jours

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS
NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES
GLAUCOMATEUX

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

• +212 522 50 15 15 • +212 522 29 66 00 / 60
• +212 522 86 46 18 • +212 522 86 46 21
• +212 522 86 46 19 • clinicoeil.californie@gmail.com
• +212 522 86 46 20 • www.clinic-oeil.com

ORDONNANCE

Casablanca le 29/05/2023

no. 70

Doreimo

by 2's (1)

9:00 21:00

728.46

Section 4.1

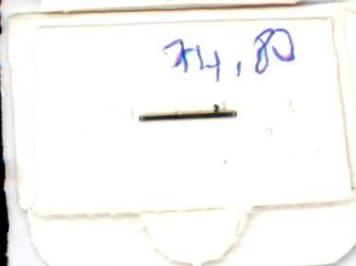
→ 200

233.70

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
California

Ophtalmologie
544, bou. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 05 22 50 15 15
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21





Lire attentivement la notice avant utilisation du médicament.