

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-795803

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RATI	
Matricule : 3166	Société : 167051		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IBRAHIMI Abdellatif		Date de naissance : 1/1/1966	
Adresse : 36, Rue Amgual Hay Farah III Route Aïn Chkef FES		Tél. 06 62 56 30 420	
		Total des frais engagés : 735,60	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	OPHTALMOLOGISTE 26, Av Saint Louis Saâda Rce Espace Saâda Près Asswak Saâda 1er Etage Bureau N° 1 SES 05 35 65 71 24 INPE 141246785
Date de consultation :	16/06/2023
Nom et prénom du malade :	El bezzani Zahra
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	consultation ophtalmie
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 : 21/06/2023
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-795803
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

3166
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI Abdellatif
Total des frais engagés : 735,60
Date de dépôt :

RELEVÉ 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
16/06/2023		• C2	250.04	INP : 11412467185 DR. DRISS TOUNSI OPHTALMOLOGISTE 26, AV. Saint Louis Sadaa (Prés Asswak Sadaa) 1er Etage Bureau 1205 05 33 65 71 24 - INPE 1424785

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

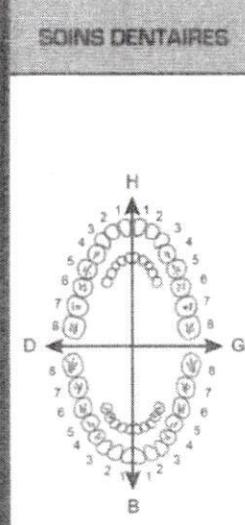
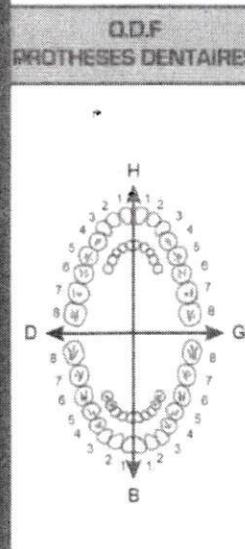
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
Q.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Ex. Medecin à l'Hôpital Omar Idrissi de Fès.

Diplômée en Maladies de la Surface Oculaire de Brest France

Diplômée en adaptation de Lentilles de Contact de Rabat

Diplômée en OCT en Ophtalmologie de Bordeaux

Diplômée en Chirurgie Réfractive de Casablanca

Spécialiste en Orthokératologie (contrôle et freinage de la myopie)

طبيبة سابقا بمستشفى عمر الإبراهيمي بفاس

دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا

دبلوم في العدسات اللاصقة بالرباط

دبلوم في التصوير المقطعي البصري ببوردو

دبلوم في تصحيح النظر بالليزر بالدار البيضاء

Fès, le : 16 juin 2023

Mme EL BEZZARI ZAHRA

FRAKIDEX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 3 fois / jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Dr. DRISSI TOUZANI WALAÏ Khadija
OPHTALMOLOGISTE
26, AV Saint Louis Saâda Rce Espace Saâda
(Près Asswak Saâda) 1er Etage Bureau N° 2
FES ☎ 05 35 65 71 24 - INPE 141246785

485,60

Tél : 05 35 65 71 24

26 شارع سان لويس السعادة، إقامة فضاء السعادة (قرب أسواق السعادة)، الطابق الأول مكتب رقم 2 - فاس

26, Av Saint Louis, Saâda , Rce Espace Saâda (près Asswak Essaada), 1^{er} Etage bureau N° 2 - Fès

E-mail : khadijadrissi05@gmail.com

