

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.

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



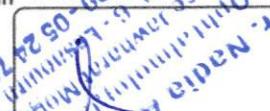
Déclaration de Maladie

N° W21-785442

169114

C

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 20 82		Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASS. I.DDI.KI MO HAMED		7850	
Date de naissance : 14/07/23		Adresse AP03 IMM47 Lot ASSABA + ASSAOUIRA EL JADIDA	
Tél. : 069959 95 96		ASSAOUIRA	
		Total des frais engagés : 100.00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : 14/07/23 Nom et prénom du malade : ABDELLAH + SIDI Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : OCT MACULAIRE 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) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-785442
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).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
14/07/23			1500 + 1000	INP : 01032024 Dr. Nadeem Signature Dr. Nadeem Date : 14/07/23 N° de dossier : 0524-06-0524 Centre N° 6 - Giza Signature Dr. Nadeem

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dr. ALOUTA Nadia

Ophthalmologiste

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

Angiographie rétinienne - laser - OCT

Strabologie - Glaucome

Contactologie

Diplômée du CHU ibn Rochd Casablanca

Diplôme de contactologie du CHU Bordeaux - France



الدكتورة نادية الوطة

اختصاصية في جراحة وطب العيون

جراحة الماء البيضاء

جراحة المسالك الدمعية

علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

علاج الحول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم العدسات من كلية الطب ببوردو فرنسا

Essaouira le : 14/07/23 Mr / Mm : ABDULKAREEM

Compte rendu OCT
ophtalmique

- Epaisseur RNFL

	(G)	(G)
Sup	156	147
Inf	145	132
Nasal	116	103
Temporal	82	78

- (G) vertical (G) 0,70
0,72

CAT Patient à garder sous surveillance

شارع العقيقة - إقامة جوهرة موكادور - بلو 6 رقم 6 - قبلة التكوين المهني الصويرية

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr

Dr. Nadia Alouta
Oculiste et chirurgien
Residence Jawharat
Boulevard de l'Indépendance
Télé: 06 18 34 67 29 - 05 24 78 52 87
Email: n.alouta@yahoo.fr

Dr. ALOUTA Nadia

Ophtalmologiste

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

Angiographie retinienne - laser - OCT

Strabologie - Glaucome

Contactologie

Diplômée du CHU ibn rochd casablanca

Diplôme de contactologie du CHU bordeaux - france



الدكتورة ألوطة نادية

إختصاصية في جراحة وطب العيون

جراحة المياه البيضاء

جراحة المسالك الدمعية

علاج أمراض الشبكية الناجمة عن السكري

علاج الحول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم العدسات من كلية الطب ببوردو فرنسا

Essaouira le : 14/07/23

Bon de Règlement

Reçu de MR/MM : Nou DRADE TJJJA

La somme de : Aessaouira (mille deux)

Pour : Ost macaline

شارع العقبة - إقامة جوهرة مogador - بلوك D رقم 6 - قبلة التكوين المهني الصويرية

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr

Dr. Nadia Alouta
Oculiste Ophtalmologiste
Residence Jawharat Mogador
N° 6 en face de OFPPT
06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87
n.alouta@yahoo.fr