

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.

Nº M21- 0058113

169008

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1781

Société : RA.01

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUZIAD KEBIR

Date de naissance : 23/09/1950

Adresse : 332, Bd EL DEAUX CASA MAROC

Tél. : 0662 18 89 10 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2022

Nom et prénom du malade : M. BOUZIAD KEBIR

Age : 72 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Opacification capsulaire, dentite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

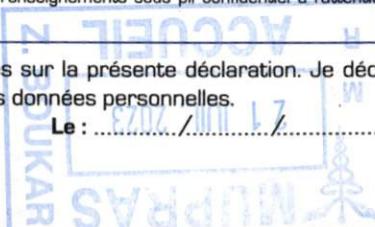
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Document et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/11/2023	Visite	1 W80	15000	D: E: MAINTENANCE DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE
20/11/2023	CAG			2023, 11/20/2023, 05:28:00, 2023, 11/20/2023, 05:28:00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. J. A. Tammam 4, Rue Tammam - Tel. 02 26 56 16</i>	<i>11/07/1982</i>	<i>48,000</i>

092064559

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saida EL ALAOUI

Ophtalmologiste

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6



11 juillet 2023

BOUZIAD Kebira

INDOCOLLYRE 0,1% 1 FLACON

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

صيادلية زكريا
Pharmacie Zekria
Dr. S. El Alaoui
4, Rue Tammarout - Bourgogne
Casablanca - Tel. 05 22 26 56 16

Dr. EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Boulevard ZERKTOUNI
TEL: 05 22 94 91 66 - CASA

Docteur Saida EL ALAOUI

Ophtalmologiste

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

CASABLANCA, 11/07/2023

HONORAIRES :

Mme BOUZIAD Kebira

Acte :

Capsulotomie au laser yag oeil DROIT sur

Spécification capsulaire

Montant: K80

1500.00 dhs (MILLE CINQ CENTS DHS)

Dr. EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Boulevard ZERKTOUNI
Tél: 05 22 94 91 66 - CASA