

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10526

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 233 91 90

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



INPE
091032508

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : H2 du mardi 11 octobre 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 0-A OCT 2023

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 : CASABLANCA Le : 07/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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
02/08/2023	C.S.	250.DH	Dr. Ait Moulay Latifa Ophtalmologiste Al Wifan Ferran, 1 ^{er} N° 60 Route Avia, 3 ^{ème} Etage, Bureau N° 7 Quila - Casablanca Tél: 0522658408 - Gsm: 0623988287	Dr. Ait Moulay Latifa Ophtalmologiste Al Wifan Ferran, 1 ^{er} N° 60 Route Avia, 3 ^{ème} Etage, Bureau N° 7 Quila - Casablanca Tél: 0522658408 - Gsm: 0623988287
03/08/2023	Amh. 06			Dr. Ait Moulay Latifa Ophtalmologiste Al Wifan Ferran, 1 ^{er} N° 60 Route Avia, 3 ^{ème} Etage, Bureau N° 6 Quila - Casablanca Tél: 0522658408 - Gsm: 0623988287

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE STERNA 18, Avenue Sterna Casablanca Tél. : 0522 47 15 94</i>	<i>03/08/2023</i>	<i>Lever Argan</i>	<i>1000 Dhs</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

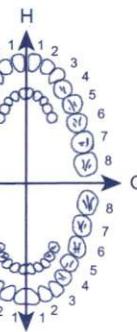
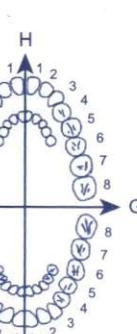
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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

le 03/08/83

Maimet Abdellah

El Moulaye 03
El Aïn 429 6 Jus

Dr Aït Moulay Latifa
Ophthalmo Logiste
Al Wifaq Ferrare Lot. N° 65
Résidence Aya 1ème Etage
Bureau N° 7 Oulfa Casablanca
Tél : (+212) 52 22 47 15 94 Fax : (+212) 52 22 99 34 51
E-mail : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

Le 02/08/23.

Kaimet Abdellah

Supplément

des aym. ogy.

Dr. Aït Moulay Latifa
Ophtalmologiste
Al Wifat Ferrara Lot. 35
Résidence Ayademia El Oued
Bureau N° 7 Casablanca
Tél : 06 22 98 82 87

le 03/08/23

Kaimez Abdellah

—

(R (œil))

Og:

- Sans amélioration locale.
- Repeets de l'œil droit sur les zéso-z. et le freudholt assez sur les zones d'ischémies

DR. Aït Moulay Latifa
Ophtalmologue
Al Wifaq Ferrara Lot. N° 65
Résidence Aya - 4ème Etage
Bureau N° 7 Oulfa Casablanca
Tél : 05 22 98 82 87

090063488


F A C T U R E

N° **8 659** / 2023 du **03/08/2023**

Nom patient	KAIMEZ ABDELLAH	Entrée 03/08/2023	Sortie 03/08/2023
Prise en charge	PAYANT		

LASER ARGON PASCAL Oeil

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
LASER ARGON PASCAL Oeil	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total				1 000,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE DIRHAMS	Total général	1 000,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, SC
Casablanca
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51
Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 001754572000095
R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com