

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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

178636

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>1754</u>	Société : <u>RMM</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>LEZRAF LAHABIB</u>	
Date de naissance : <u>1947</u>	
Adresse : <u>FERB MAZOLA RUE 4, PORTÉ 18, APP 49</u>	
HAB. HASSANI CASABLANCA 10	
Tél. : <u>05 22 20 45 45</u>	Total des frais engagés : <u>714,50</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>12 OCT 2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Lezraf Lahbib</u>	Age : <u></u>		
Lien de parenté : <u>1. Lui-même</u>	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>HTI exculante</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : <u></u>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u></u>			
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 : CM 2023

Le : 12.10.2023

Signature de l'adhérent(e) : Lezraf Lahbib

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/09/13	CS		300,00	DR A. ZA Ophtalmologie 13, Rue des Capillons Oasis - Casablanca Tél: 0522 25 711 (SLG) - Fax: 0522 25 11 15 Dr. ANZAROURI Ophtalmologue Clinique des Capillons Oasis Casablanca Tél: 0522 25 711 (SLG) - Fax: 0522 25 11 15
07/09/13	CTC	Cl		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
REVEAL SRL PHARMACIE CHIR 10 Ave. Afghanistan Hay Hassani - Casablanca Tel: 0522 90 32 63	07/09/13	295,00
PHARMACIE EL JAOUI Rue Dr. El Hanchi 36 Hay El Hanchi Casablanca Tél: 0522 39 91 21	10/09/2013	121,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	07/09/13		

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION



PT180611084547

Casablanca le :

07 septembre 2023

LEZRAG Lahbib

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 32 63

NAABAK

1 goutte 3 fois par jour, pendant 2 Mois

THÉALOSE

1 goutte 4 fois par jour, pendant 2 Mois

MAXIDROL COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, pendant 15 jours

MAXIDROL POMMADE

1 application le soir, pendant 15 jours

dans les deux yeux

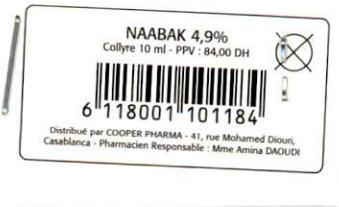
Dr A. ZAROURY
Ophthalmologist
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél.: 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091140R71

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057





PT180611084547

Casablanca le : 21 septembre 2023

LEZRAG Lahbib

80,00

NAVITAE PLUS

1 goutte 4 fois par jour, pendant 15 jours



GEL-LARMES

1 instillation 4 fois par jour, pendant 15 jours

21,00

121,00

PHARMACIE EL JAOUI
Dr. JAOUI Bouchra
Rue 22 N° 100 Casablanca
Tél.: 0522 59 91 24



Dr. A. ZAROURY
Ophthalmologist
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél. : 0522 25 71 71 (S.G) - Fax : 0522 25 11 15
INPI : 004440874

Urgence 24/24



Casablanca le : 21-09-2013

BON DE REGLEMENT

Reçu de M..... Lezrouf Lohbib
La somme de: TROIS Cent Dirhams
300 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophthalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca
Tél. : 0522 257171 (Secteur) - 0522 251115
(N.P.E : 09 114 0571)

Urgence 24/24