

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.



Déclaration de Maladie

M23-004057

180820

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4151 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUKDOUER Brahim

Date de naissance :

11/11/1949

Adresse :

CASA

Tél. : 06.63.47.10.51 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dalia SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél 05 22 86 06 06

NPE: 09103310

Cachet du médecin :

26 OCT. 2023

Date de consultation :

Khe Paquin et Bachida. Age:

Nom et prénom du malade :

26 OCT. 2023

Age:

Rehia Paquin et Bachida.

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection au sein

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 26 OCT. 2023

Signature de l'adhérent(e) : Boukhour

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.

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
26 OCT. 2023	CSI	300	Dr. Dalila SBAI IDRISI Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 091033100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur



Date

Montant de la Facture

26/10/23

88.310

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

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	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8 on each side, with points A, B, C, D, E, F, G, H indicating specific teeth				

Docteur Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

Casablanca, le 26 octobre 2023

Mme KEHELAOUINET Rachida

EYEGEL PLUS

une application généreuse le soir au coucher , pendant 3 Mois

OPTIPRED COLLYRE

- 1 gtté x 6 / j x 48 h
 1 gtté x 5 / j x 48 h
 1 gtté x 4 / j x 48 h
 1 gtté x 3 / j x 48 h
 1 gtté x 2 / j x 48 h
 1 gtté / j x 48 h



OPATANOL: COLLYRE

une goutte x 2 par jour pdt 2 mois

VISMED GEL EN FLACON

1 gtté x 6 à 8 par jour, pendant 3 Mois

dans les deux yeux

Jr. Dalila SBAI IDRISI
 Ophtalmologiste
 84, Bd Moulay Driss 1er
 Tel: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

