

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- 0010959

181 593

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2069 Société : RAM,

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mr. SOUMMANE Abdessadeq.

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse Habituelle

Tél. : 0766606789

Total des frais engagés : 300 Dhs + 139,60 = 439,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04.10.2023

Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq, Age: 74 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

 AB Reaction oculaire

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/10/2023

je dis bien lequel

VOLET A

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
04/10/23	1330	CS	300DH	Souscrit et signé par le Médecin M. Azzouzi b. Kellil 06 67 00 00 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE du 2 MARS Mme EL ALAOUI Aïcha 575, Av. du 2 Mars Andalous Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca 092000421	04/10/23	439,60 -

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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				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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SOUMAYA RAID

OPHTHALMOLOGUE

Adultes et Enfants

**Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca**



د. سمية رايد

**أخصائية في طب و جراحة العيون
للكبار و الصغار**

**خريجة كلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء**

ORDONNANCE

Casablanca le ٥٤/١٥/٢٣

Mr. SOUMMANE Abdessadeq

98,20 x 3

LATANO



1 goutte le soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

145,00

AQUALARM UP



collyre 1 goutte 4 fois / j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

439,60

PHARMACIE du 2MARS
Mme. EL ALAOUI Aicha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél: 05.22.28.57.84 - Casablanca

**Dr. RAID Soumaya
548, Avenue 2 Mars Etg 2 N° 9 Rés. Sonna - Casablanca
Gsm: 05 22 28 00 06 61 96 06 11**

محل 548 تقاطع شارع موديبوكيتا الطابق 2 رقم 9 إقامة السنة - الدار البيضاء ⑨

548, Av 2 Mars Ang Bd Modibo keita, Etg 2 N° 9 Rés. Sonna - Casablanca

05 22 28 28 00 06 61 96 06 11 raidsoumaya@gmail.com