

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0023363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

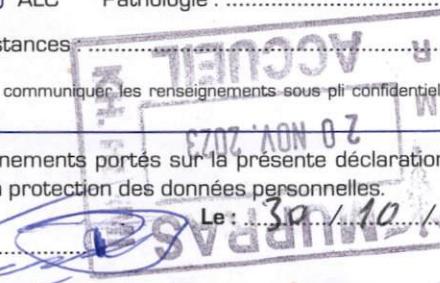
Matricule :	2579	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENAISSA AHMED	
Date de naissance :		01/04/1943	
Adresse :		Habituelle	
Tél. :	06 71 92 70 09	Total des frais engagés :	933,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid ZAFAD
Ophthalvologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation :	30/10/2022		
Nom et prénom du malade :	Abdenesh Benaissa	Age :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	MER + cat OD		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 30/10/2022		



Le : 30/10/2022

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
30/10/2023	C			<i>Dr. Rachid ZAKARIA Optomédecin - Casablanca Télé: 0522 32 19 29 Sidi Mardou - Casablanca 93, Lot Bouchara Route 1100 Pharmacie Morsad</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
30/10/2023	933,90

092043710

ANALYSES - RADIographies

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

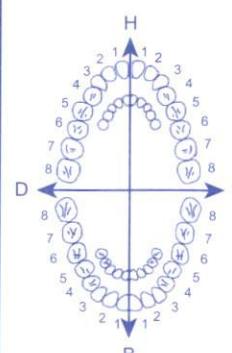
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE RETINE

Casablanca, le 30/10/2013

Nom et prénom du patient : BENAISSA AL MGD

35,70 x 3



- TOBRADEX COLLYRE : 1 goutte 5 fois par jour pendant 1 semaine
- 1 goutte 4 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte 2 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte le soir pendant 2 semaines

33,00

- Spectrum COLLYRE : 1 goutte 4 fois par jour pendant 5 jours

219,00 x 3

- Cationomax COLLYRE UD : 1 goutte 3 fois par jour pendant 2 mois

22,40

- MAXIDROL POMMADE : 1 application le soir pendant 5 jours

51,40

- SPECTRUM 250MG : 1 comprimé 2 fois par jour pendant 5 jours

31,50 x 2

- Rondelles oculaires : (3 jours à l'extérieur)

T = 933,90

*CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique
Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01*

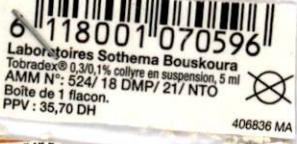


*Pharmacie Morsad
93, Lot. Bouchra Route 1100
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 25 00 01*

*Dr. Rachid ZAFAD
OPHTALMOLOGISTE
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01*

NB : - Se présenter le lendemain matin après l'opération pour le contrôle

- Ne jamais arrêter le traitement sans avis médical



LOT: A020400
PER: 07-2025
PPV: 33,00 DH

PPC 219,00 DH

PPC 219,00 DH

PPC 219,00 DH

6 118001 070404

Laboratoires SotHEMA Bouskoura
Maxicrol pommade ophtal., 3,5 g

406805

cartable
de 10 hao

51,40

30,10