

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13104</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>10/08/88x</u>
Nom & Prénom : <u>JDI II IMANE</u>		Date de naissance : <u>25/07/1988</u>	
Adresse : <u>Bouskoura, Dian Al Andalous II, Résidence Jasmin, Tunn 7A, App 16</u>			
Tél. : <u>0661 51 22 19</u>		Total des frais engagés : <u>492,70</u>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>23/02/2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>JDI II I MANE</u> Age: <u>34</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>affection oculaire</u>			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC <input type="checkbox"/> Pathologie : <u>ALD</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les enseignements sous pli confidentiel à l'at/le médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : <u>Casablanca</u> Le : <u>23/02/2024</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			

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
23/08/2024	GS	CS 1	30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. A. TAOUFIK - CH7, Immeuble SABLANCA - 092102391</i>	23/02/2024	192,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Soins	MONTAN DES SOIN															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DEBU D'EXECUT															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">—————</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	—————			B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	FIN D'EXECUT
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
—————																		
B	00000000	00000000																
G	35533411	11433553																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		CCEFFICE DES TRAV/															
	<p style="text-align: right;">Montant des Honoriaires</p>		MONTAN DES SOIN															
			DATE DI DEVIS															
			DATE D L'EXECUTI															
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																		
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE</p>																		

0,4%
(4 mg/ml)

PPC: 105,00

LOT

G234209

02/2026

PPV: 69 DH TTC

Crosslinked Hyaluronic Acid
Acide hyaluronique réticulé~~CROSS~~

phile.

الذكورة بستة جماعي
ظب وجرأة العينون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدارالبيضاء

طبية داخلية سابقة بالمستشفي الجامعي ابن رشد - الدارالبيضاء

جراحة العين - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - الدراسات

اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير

الشبكية - الليزر

23 février 2024

Mme JDII Imane

69,00

ISOMAX LAVAGE OCULAIRE

105,00

CROSS UNIDOSE

18,70

CORRECTOL COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 15 j

LOT 233066
EXP 09 2026
PPV 18.70 DHrenoir
dans NOTTotal
= 192,70Dr. HAMIDI Basma
OPHTHALMOLOGISTE
Rés. Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd. Mohamed sijlmassi, 1er étage,
Sijlmassi 10 E9, Casablanca
Tel: +212 662 06 63 77 / 0522 36 02 22