

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



201841

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005886

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ANBAY FATIMA Date de naissance : 55
Adresse : 1 Rue Ain ABDEL HAY SALAM, CA SA
Tél. : 0669535541 Total des frais engagés : 300DH + 29712 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.03.24
Nom et prénom du malade : Anbry Fatima Age : 68
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Réfraction + traitement
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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

21/03/2024 C15 +1 +300011

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

21/03/2024 297,10

INPE: 072120462

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

AM PC IM IV

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

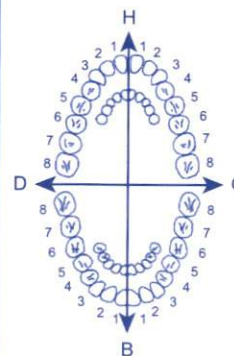
H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

Dr Houda Ahammou



الدكتورة هدى أحمو

Spécialiste en ophtalmologie

Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech
et de Versailles (France)

Chirurgie de cataracte • Ophtalmologie pédiatrique
Strabisme • Lentilles de contact • Rétine
Chirurgie réfractive • Explorations ophtalmologiques

أخصائية في طب و جراحة العيون

دبلوم كلية الطب بمراكش

دبلوم كلية الطب بفرساي (فرنسا)

طب العيون للكبار و الصغار • جراحة المياه البيضاء الجلابة بالليزر
تقويم النظر بالليزر • العدسات اللاصقة • تصحيح الحول
التصوير بالموجات فوق الصوتية • تصوير أوعية الشبكة و الليزر

21 mars 2024

Mme ANBRY Fatima

157,00

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 4 fois / jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

140,10

TRAVATAN: collyre

1 goutte par jour, le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

297,10

PHARMACIE ADAMSAH
Dr. BEN ABOU Meryam
Tél : 05 24 42 79 38

Dr. Houda AHAMMOU
Ophtalmologue
Bd 11 Janvier Imm Centre d'Affaires
1er Etage Bureau 1 Bab Doukala
Tél: 05 24 43 51 08



Bd 11 Janvier, Centre d'Affaire Fatim Zahra 1
Imm.1, 1er étage, Bureau, en face du centre
formation KACM Bab doukala - Marrakech

شارع 11 يناير، مركز الأعمال فاطمة الزهراء 1
الطابق الأول، المكتب 2، أمام مركب KACM
باب دكالة - مراكش

Tél. 05 24 43 51 08 - email : houdaahammou@gmail.com