

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-778399

cou

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	82 80	Société :	AAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ASS. DDIK MOHAMED 203122
Nom & Prénom :		ASS. DDIK MOHAMED 203122	
Date de naissance :		1950	
Adresse :		AP 31 MM 47 Lat ASSABAH ESSAOUIRA EL JEDIDA ESSAOUIRA	
Tél. :	06 99 59 95 96	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Nadia AL BOUZAIDI Médecin traitant Résidence Ben Youssef - Casablanca Tél. 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18			
Date de consultation :	20/10/24	Age :	56 ans
Nom et prénom du malade :	IJJA AIT OUADRA	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	AFFAFACTION SUR LAINE		
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-778399

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____
 Nom de l'adhérent(e) : _____
 Total des frais engagés : _____
 Date de dépôt : _____



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
20/04/24			5	INP : 09102125124

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Code: INPE PHARMACIE ISNOUSSI 072195810 Doktor GHAZI ISNOUSSI Ahmed 22 Ziquaq Roumane Essacuiria Al Jadida Tel: 05 24 79 26 95	<i>Sp-04-24</i>	<i>785,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

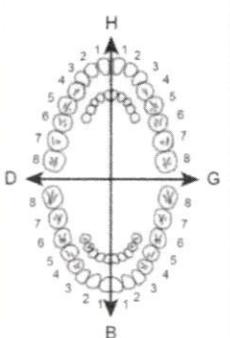
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ALOUTA Nadia

Ophthalmologiste

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

Angiographie retinienne - laser - OCT

Strabologie - Glaucome

Contactologie

Diplômée du CHU ibn Rochd Casablanca

Diplôme de contactologie du CHU Bordeaux - France



الدكتورة نادية الوطة

إختصاصية في جراحة وطب العيون

جراحة المياه البيضاء

جراحة المسالك الدمعية

علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

علاج المول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب ابن رشد بالباريس

دبلوم العدسات من كلية الطب ببوردو فرنسا

Essaouira le : 20/04/2016 Mr / Mm :

M m IJJA ABDELLARE

130,96 x 6

1) TRAVATAN Collyre



2 goutte . 8h et 21h 0 DG

T : 785,00

6 Boite

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
2244 av Roumanie Essaouira
Tel: 05 24 79 26 95...

Dr. Nadia ALOUTA
Ophthalmologiste
Residence Jawharat Mogador
Bldc DN-6, Essaouira
Tél: 06 18 34 67 29 - 05 24 78 52 87

شارع العقبة - إقامة: موكادور - بلوك D رقم 6 - قبلة التكوين المهني الصويرية

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr

