

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-422323

N°: 11612.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4088	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ARIFI Mohamed			
Date de naissance : 1934			
Adresse : Bld 3 APP 5			
Tél. : 0677561933 Total des frais engagés : 10000 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Pr. DAOUDI Abdellah Ophtalmologue 10, Place des Nations Unies Tél : 05 22 29 81 12			
Nom et prénom du malade : M' ARIFI Mohamed Age : 85			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Accident de la conduite			
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 Le : 12 NOV. 2019

Signature de l'adhérent(e) :

Pr. DAOUDI Abdellah
Ophtalmologue
10, Place des Nations Unies
Tél : 05 22 29 81 12

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2 NOV. 2019	G 3 4 M	1	3 000,00	INP : 07/10438851

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/19	402,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> D G B				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	<hr/>													
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														



- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmie Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmie Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitreo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.



Dr. DAOUDI D. Jaâfar
OPHTHALMOLOGISTE
10, Place des Nations Unies
Casablanca
Tél: 0522 29 81 19
1000 Casablanca
Marocaine de Strabologie

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution, 2,5 ml
SotHEMA Bouskoura
A.M.M. N° 281 DMP/21/NCF
PPV : 255,00 DH

Remboursable AMO
407391

Monsieur ARIFI Mohamed



255,00

DUOTRAV COLLYRE

1 goutte, 1 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

147,00

THEALOSE COLLYRE

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

100,00

PPC : 147.00 DH

DAOUDI D. Jaâfar
Ophtalmologue
10, Place des Nations Unies
Tél : 05 22 29 81 19 - 05 22 22 37 76



10, Place des Nations Unies, 3 ème étage (en face Station Tramway)

8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.

Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr

INPE : 091043851

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة العول.
- أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب ميون الأطفال والجول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكارية بكلية الطب ببازانسان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسييليا.