

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

- 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'II - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-008638

168845

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7858 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre : Ex-Agent
 Nom & Prénom : LAHLOU MIMI Mohammed
 Date de naissance : 05/01/1966
 Adresse : Porte californie Rés. chorouk Apt N°17 BACHKOU CASA
 Tél. : 0661217847 Total des frais engagés : 230,20 Dhs

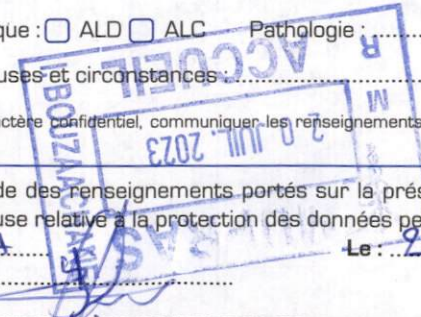
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR. HAMIDI Basma OPHTALMOLOGISTE**
 Rés. Normandie 2, Angle Av. Nice et Bd. Mohamed Sijilmassi 1er Etg. N°1 Bourgogne - Casablanca
 Tél. : +212 6 62 06 63 77 / 0522 36 02 36
 Date de consultation : 23/06/2023
 Nom et prénom du malade : LAHLOU MIMI MOHAMMED Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE
 Affection longue durée ou chronique : ALD 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 Le : 23/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
23/06/23	contrôle	gratuit		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/06/2023	280,20

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montants des Soins <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D. Basma
Ophthalmologiste

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Interne Du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Chirurgie de la Cataracte - Chirurgie Réfractive
kératocône - Lentilles de Contact - Chirurgie des Voies
Lacrymales - Maladies de la Rétine - Échographie
OCT et Lasers



الداكتورة بسمة بسماني
طبيب في تخصص العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

جراحة الجلابة - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - العدسات
اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير
الشبكية - الليزر

23 juin 2023

Mr. LAHLOU MIMI Mohammed

140,10 x 2

TRAVATAN: collyre

1 goutte par jour, le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

280,20

S.V.

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

HANIDI Basma
OPHTHALMOLOGISTE
23, Normandie 2, Angle Av. Nice et Bd. Mohamed
Sijlmassi 1er étage - Bourgogne - Casablanca
Tél.: +212 06 62 06 63 77 / 0522 36 02 26

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

Résidence Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd Mohamed Sijlmassi, 1^{er} étage, N° 1 Bourgogne - Casablanca

تقاطع محج نيس و شارع محمد السجلماسي، إقامة نورموني 2، الطابق الأول، رقم 1، بوركون - الدار البيضاء - المغرب

☎ : 05 22 36 02 36 - 📞 : 06 62 06 63 77 - ✉ : drhamidibasma@gmail.com