

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

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

CA

Déclaration de Maladie : N° P19-0006681

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : LE088

Société : R.AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Abdelhafid Nourani Date de naissance :

Adresse : ANFA 3 Bloc 3 App 5 50000

Tél. : 06 77 56 19 31 Total des frais engagés : 1071 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr Benotmane Fatima Ezahra
Ophtalmologue
34, Rue Med. El AZIZI (En Face de
la Clinique Anouar) - Casablanca
Tél. : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
Fax : 05 22 86 46 21*

Date de consultation : 06/09/2018

Nom et prénom du malade : ABDELHAFID NOURANI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Oculaire

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.

18 SEP. 2018

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 : Accueil siège/RM Le : 1/10/2018

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/09/18	C		260 -	DOCTEUR YANNICK CINEMA ANGOULEME TEL : 05 22 80 46 26 FAX : 05 22 80 46 26

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Zem 19 bis. Bd Ibnou Sina TEL 05 22 46 33 27 CASABLANCA  	26/3/2019	558,20

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

CLINIQUE DE L'OEIL



مصحة العين



ZIOPTAN™ 15 µg/ml

Collyre en récipient unidose

Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.

P.P.V: 320,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc

7 640168 160210
60162565/0
3931

Casablanca, Le 6/09/2018

M. ARIFI Mohamed

320,00

1/ Zioptan

26/11/18

76,20

2) Azyster

147,00

3) Thelpose

18/11/18

4) GCP Parc

15,00 Zapp B

5) Remise de l'ophtalmique
aux copistes fide aux



PPC : 147.00 DH



34, Rue Mohamed EL YAZIDI (Ex Rue RHODES - En face de la Clinique Anoual) - CASABLANCA, MAROC

Patente N°: 36325410 - Identifiant Fiscal N°: 42045605 - C.N.S.S. N°: 7000491 - ICE N°: 00167846600012

05 22 86 46 18 /19/20 - Fax : 05 22 86 46 21 - E-mail : info@clinic-oeil.com - Site web : www.clinicoeil.com