

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



Déclaration de Maladie

N° W19-471764

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 8384 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KHOU NOUREDDINE			
Date de naissance : 24.2.1962			
Adresse : LISSASFA LOT Zoubir 1 MM 24 APP 14 casa			
Tél. : 0664307577 Total des frais engagés : 250 + 126,60 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : EL KHOU NOUREDDINE			
Ophthalmologiste-Homéopathie			
Lotolement Haj Fateh N°169			
App. N°1 Oufa - Casablanca			
Tél: 05 22 89 35 26 - Gsm: 06 00 38 93 06			
Date de consultation : 30/10/2019			
Nom et prénom du malade : EL KHOU NOUREDDINE Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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.			

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 : **07 NOV 2019** Le : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) : **Accueil stage/Ram**

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
30/07/14	03		28000	INP : DEM 725845 MEDUSSA KHO Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/10/19	126,60

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	D	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	H														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	D														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B	B														

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplomée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الحالة - العول - المياه الزرقاء

- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة

- اللبز - تصوير الشبكية

الطب المثالي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

30 octobre 2019

الزيارة بالموعد

Casablanca, le :

Mr. ELKHO ALAA

35.90

1/ PHYSIODOSE X 6 UNIDOSES



lavage oculaire en cas de démangeaisons, le

2/ OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 N



126 60



PHARMACIE ANISSA * * * * *
Opitalma/03/2019
Lote: 00001 Haj Fateh N° 169
Appt. N° 1 Oulfa - Casablanca
CG: 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 53 36