

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-502731

Comin

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8298* Société : *RAM*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *Forçat*

Nom & Prénom : *Messoudi*

Date de naissance : *11-12-1968*

Adresse : *644009835*

Tél. : *644009835* Total des frais engagés : *631,50* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *21/1/2020*

Nom et prénom du malade : *Messoudi Farid* Age : *51*

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Conjoint*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 21/01/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-502731

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).

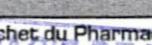
Matricule : *8298*

Nom de l'adhérent(e) : *Messoudi*

Total des frais engagés : *631,50*

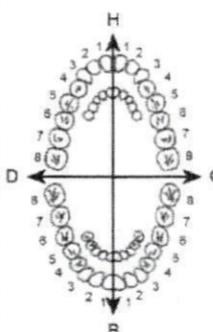
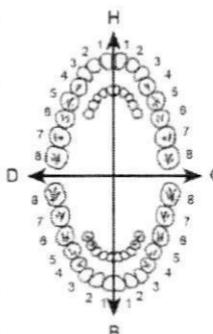
Date de dépôt : *21/01/2020*

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
21/11/2020	CE		200,00	 <p>Dr. Hassane Hour Al Watanya - FES Tél : 05 35 94 22 98 INF : 141172387</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Avenue Hassan II - FES Dr. A. EL BRAÏ PHC. HACHEN NPE 242020767 05.35.62.83.04 / 05.35.65.15.41 GSM : 06 24 94 37 02	22/10/20	231,50

[illegible][illegible]

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

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>														
				Coefficient des Travaux <table border="1" style="display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>														
				Montants des Soins <table border="1" style="display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>														
				Début d'exécution <table border="1" style="display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>														
				Fin d'exécution <table border="1" style="display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px;">25533412</td> <td style="width: 50px;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <table border="1" style="display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <table border="1" style="display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>														
				Date du Devis <table border="1" style="display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>														
			Date de l'exécution <table border="1" style="display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></table>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ANOUNE Mariam

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux
Ancien Médecin à l'hôpital Omar Idrissi

Chirurgie de Cataracte (Phako-émulsification)
Chirurgie réfractive - Glaucome



الدكتورة اعنون مريم

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
طبيبة بمستشفى عمر الإدريسي سابقا

جراحة إجلالة - تصحيح البصر (لازير)

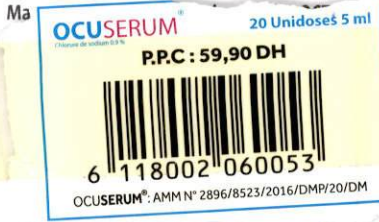
أمراض الشبكية - داء الزرق

أمراض العيون عند الطفل

تقويم الحول - مسالك الدموع

2 Janvier 2020

فاس، في



Mme MESSAOUDI FOUZIA

59,90

OCUSERUM

lavage oculaire , les deux yeux, 10 jour

ICIN 0.3 % 0.3 % COLLYRE

27,50

1 goutte 4 fois / jour, œil gauche, 10 jours

NAVI INFLA

1 goutte 2 fois/ jour, oeil gauche, 10 jours

VISMED MULTI

144,10

1 goutte 4 fois/ jour, les deux yeux, 2 Mois

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubéir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 144.10

231,50

Dr. ANOUNE Mariam
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Avenue Hassan II, Tour Al Watanya - FES
Tél: 05 35 94 22 98
E-mail: dranouneophthalmo@gmail.com