

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

onditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com

rise 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 personnelles.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 308 Société : 26663

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mrs Moutamim Moutamim

Date de naissance :

01 Janvier 1939

Adresse :

17 Rue Moutamim 12 Ayout

Tél. : 06 63 20 53 53

Total des frais engagés : 116,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mrs Moutamim Moutamim Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose

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 : 05/01/2010 Le : 05/01/2010

Signature de l'adhérent(e) :

Moutamim

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
11/02/2015			GRATUIT	DR. HAMDA Signature :  Address : 100, rue de la République, 1716151, Dr. Hamda Date : 11/02/2015

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>El Aoud Pharmacie</i>	<i>11/02/2020</i>	<i>116,00</i>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VIGA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون للأطفال و الكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

DATE : le 22/2/2021.

Dr. Med. HAMDANI
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77

NOM & PRENOM : A Hamman

3770

1-TOBRADEX (COLLYRE)

1gtte x 4/j pendant 7 jours
1gtte x 3/j pendant 7 jours
1gtte x 2/j pendant 7 jours
1gtte /j pendant 7 jours

25,90



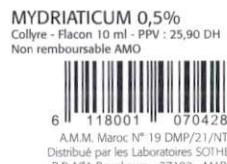
2-MYDRIATICUM

1gtte le soir /j/7j

14,40

3-TOBRADEX (pde)

1app x 2/j pendant 3 jours
Puis 1 appl/j/7j le soir



4-SERUM PHYSIOLOGIQUE (5ml)

Lavage oculaire le matin



5- COMPRESSES ADHESIVES

116,00