

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

ditions 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.

diologie 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.

ntaire :

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

Déclaration de Maladie : N° S19-0005398

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07719 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : C. HOUAICHA A. ABDELHAF Date de naissance : 1961

Adresse : 55, RUE ENNAKJIS BEAUSÉJOUR CASA

Tél. : 0522 91 21 76 Total des frais engagés : 526,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/2020

Nom et prénom du malade : CHOUAICHA NAWFAL Age : 22 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie / Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements tout à fait confidentiels 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

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
07/11/2011 2011	CS		250,00	<i>Yasser BEN SELLAMI Spécialiste en Maladies et Chirurgie des Oreilles, du Nez et du Throat N° 12 - Casablanca 02 - Gsm: 0025251175</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.10.20	276.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

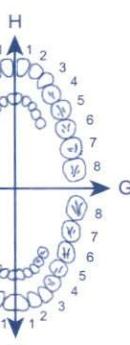
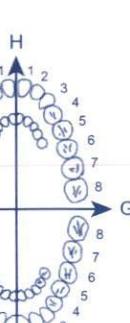
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412	21433552		Coefficient des travaux
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000	G	
	35533411	11433553		
	B			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux

Ophtalmologiste

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat

Agréé pour le permis de conduire

الدكتور ياسير بن صالح

اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

محمد لرخصة السياقة

LEVOPHTA 0.05%

Collyre 5ml

عيار /
LOT /
FAB/ 11-2019

10-2021

H5488
11-2019
10-2021

ZENITH PHARMA

PPV 15.00 DHS

AMM N° 722/16DMP/21/NRQ

75.00

LEVOPHTA 0.05 COLLYRE

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

147.00

BLEPHAGEL

1 application 2 fois par jours , les deux yeux, 1 Mois

54.40

TOBRADEX POMMADÉ

1 application 2 FOIS PAR JOUR , les deux yeux, 8 jours

276.40



22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub El Mansour - 1^{er} étage - Bureau N°12 - Casablanca

Tél. : 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr