

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.
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 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.

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.
L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.
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 durée des soins pour toute demande de remboursement est de 3 mois.
L'entente préalable est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.
La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Longue Durée ALD et ALC :
Déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Les Mails utiles :
contact@mupras.com
pec@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 061983

Maladie Dentaire Optique 54906 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 493 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : ~~Secour~~
 Nom & Prénom : HAJ. HAMOU Nohameel (D.S.)
 Date de naissance : 20/5/1935
 Adresse : Villa Alfar - Rue Chataigniers - 20170 - CASABLANCA
 Tél. : 0522.36.15.59 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Docteur Maryem LAMRANI
 OPHTALMOLOGISTE
 38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
 Tél. : 05 22 94 29 46 et 09 22 94 29 4
 Date de consultation : 20 / 11 / 2020
 Nom et prénom du malade : HAJ. HAMOU Jacqueline ACCUEIL Age: 87
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection ophtalmologique
 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 : CASABLANCA Le : 20/11/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

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
20.11.20	cs + ks	1	350,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2020	56,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

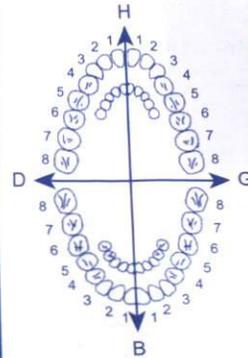
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

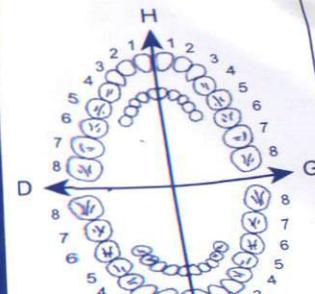


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remonte, fonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

الدكتورة مريم العمراني
متخصصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريز
Docteur Maryem LAMRANI

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris
Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris*

Casablanca, le 20 novembre 2020

HAJ HAMOU Jacqueline

El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C:144.10

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

Instiller dans les yeux,

VISMED

1 goutte 3 fois par jour pendant 6 mois

75

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

4 x 144,10
= 576,40

PHARMACIE
PARANFA ALI DIAB SARL AU
Dr MARYEM LAMRANI
Tél : 05 22 39 34 01

Docteur Maryem LAMRANI
OPHTALMOLOGISTE
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22.94.29.46 et 05 22 94 29 47