

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.

Maladie

Dentaire

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 004497 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENNAJI

TARIK

Date de naissance :

13 - 01 - 1961

Adresse :

10 lot BEVERLY CALIFORNIE 20100 CASABLANCA

Tél. : 0661198070 Total des frais engagés : 518,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9/5/23

Nom et prénom du malade : BENNAJI AÏDA Age : 24

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Inhalation alvéolaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 31/05/23

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
05/05/2023		R	M. B.	 Br. CHIRURGIEN DENTISTE Chirurgien Dentiste à la retraite 091256701

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.05.2023	339,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

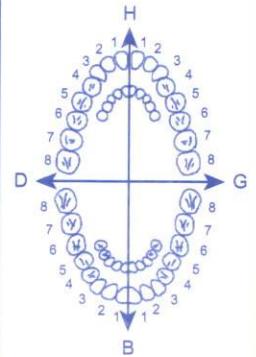
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

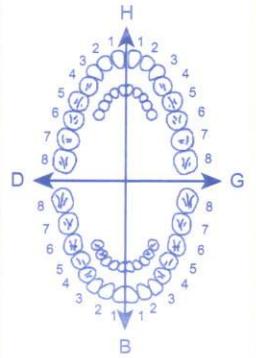
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	G
	35533411	11433553	
B			
			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT : 099
PER : MAR 2024
PPV : 102 DH 60

TOUZANI
Oculiste

LOT : 102
PER : MAI 2024
PPV : 102 DH 60

Université de Médecine
Pierre & Marie

- Chirurgie de la cataracte
- Maladies et chirurgie de la cornée
- Adaptation en lentilles de contact
- Rétine médicale et inflammation oculaire
- Chirurgie des voies lacrymales
- Laser, OCT, Angiographie, IVT

Dr. Ghita TOUZANI
Chirurgien Ophtalmologiste
091256701



الدكتورة غيثة التزاني
طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء و بير ماي
كوري باريس VI

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH60
PER : 08/2023
LOT : 8MA145

6 118000 060062

- جراحة الجلاة
- أمراض و جراحة القرنية
- العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة وإلتهاب العين
- جراحة مسالك الدموع
- تصوير الشبكية-الليزر

Ordonnance

Casablanca Le : 9/5/23

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH60
PER : 01/2027
LOT : 22E063

6 118000 060062

49,80 x 2

1) Flroxyl 500 (x2) S.

PPV: 19DH70
PER: 09/24
LOT: K2670

19,90 T x 21 J x 16 J = 337,60

2) Apageste 200 S.V.

14,100 T x 31 J x 10 J = 437,00

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3444

3) Doliprane 500

102,60 x 1 CP x 31 J x 48 J = 15,600

4) Acuvue op 2021

Bd Al Oods, Résidence les Rosiers 2, 3ème Étage (à côté de la pâtisserie les 4 cerises) - Casablanca

Tél : 0520 144 708 - GSM : 0701 244 708 (RDV par sms ou whatsapp)

E-mail : ophthalmologetouzani@gmail.com

Docteur Ghita Touzani
Ophtalmologie
Résidence Les Rosiers 2, Bd Al Oods
Casablanca
Tél : 0520 144 708 - GSM : 0701 244 708