

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M23-012749

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8735

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI Amin

Date de naissance : 9 - 7 - 1967

Adresse : 31 rue larache el CASA

Tél. : 0661322134

Total des frais engagés : 120,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2023

Nom et prénom du malade : Mme SLAOUI HASNA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Calorpathie fonctionnelle

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 : CASABLANCA

Le : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
16/06/2023		CS	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/23	122.00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrahman LAAYOUNI
Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux
Diplômé de l'Université de Montpellier
Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca
Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août
Agree pour permis de conduire
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

الدكتور عبد الرحمن لعيوني
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طب العين - ليزر - أنجيوجرافيا
خريج جامعة مونبلييه
أستاذ مساعد سابق بالمركز الاستشفائي ابن رشد
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت
رخص السياقة
عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le

16/06/2023

الدار البيضاء، في

Yousra

Slaoui

HASNA



26/06

- VOLTAREN

75 mg

1 cp le Jai



- SPASNOORRIV

1 cp en cas



un/2

DIFAL

2 à 3 fois)



~~HARMACIF EL ARABINE~~
 route d'Azemmour Km 11
 Dar Bel Azemmour Casablanca
 Tel: 022 29 05 11

8 شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3^{ème} Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

49,88 FLAXYL 500
100,80 1 cp. 2 fois/jr



Dr. LAAYOUNI ABDERRAHMAN
MALADIES ET CHIRURGIE
DES YEUX
AGRÉE POUR PERMIS DE CONDUIRE
8, Bd Yacoub El Mansour - CASA
Tél: 0522 98 10 28 / 0522 98 14 85



PHARMACIE EL ABIDINE
Route d'Azenmmoum Km 11
jar Bouazzza Casablanca
Tel: 022 29 03 71