

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6218 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA HAKIM

Date de naissance : 20/01/61

Adresse : 21 RÉS ENNAÏD Apt 265 Av STENDHAL

Tél. : 0661181663

Total des frais engagés :

445,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/2023

Nom et prénom du malade : BENTAHILA HAKIM

Age : 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Myodystrophy

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

31 JUIL. 2023

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.



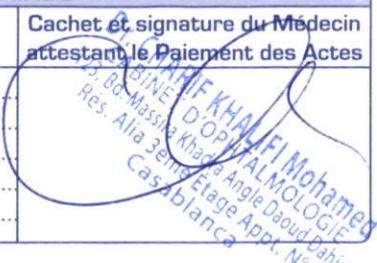
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 31/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
31/05/23	Consultation		300.00 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/05/23	145.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

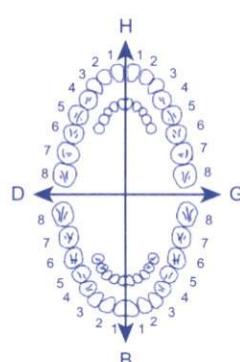
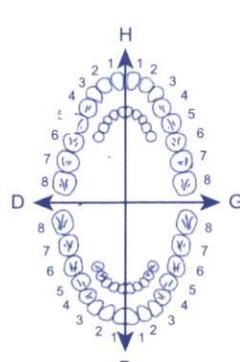
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient des travaux
	D 00000000			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

Dr. CHARIF KHALIFI Mohamed

Chirurgien Ophtalmologue

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

- Correction de la myopie, hypermétropie, presbytie au Laser
 - Chirurgie de Cataracte
 - Chirurgie de Strabisme
 - Chirurgie des Paupières
- Traitements et Explorations de la Rétine et du Glaucome



د. الشريفي الخليفي محمد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

دريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

* علاج قصر النظر باللنيز أو العدسة

* جراحة الماء البيضاء (البلبلة)

* جراحة الدوول

* جراحة المفون

* علاج و استكشافات أمراض الشبكية والزرق

Ordonnance

Casablanca le : 31 mai 2023 الدار البيضاء في :

Mr BENTAHIDA HAKIM

MAGNE prev

1 cp soir

745,00
AQUALARM

1 goutte x 3 par jour et au besoin



ZENITH Pharma
PPC : 145,0 DH

PHARMACIE ACHRAF
Dr. Slimane Slimane
Rés. Annajid - Bd Anwal - Cité Plateau - CASA
Tel.: 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 64 17

Dr. CHARIF KHALIFI Mohamed
CABINET D'OPHTALMOLOGIE
123, Bd. Massira Khadra Angle Daoud Dahiri
Rés. Alia 3ème Etage Appt. N°6
Casablanca