

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.

M23-005765

Optique *17/09/94* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0991* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Boughera Fatima Ep/Houmnyoustapha*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *06 63 139 450* Total des frais engagés : Dhs

CASABLANCA

161-0522 26 18 88 / Fax: 0522 25 70 88

400, Bd Bialy Roudani, 2^e Etagé

Opticien Radiologue

DR Mouhssine D'KHISSY

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *25/09/2013*

Nom et prénom du malade : *Boughera RASOUI* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Affection oculaire*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *20/09/2013*

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *Togo*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Chèche et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
25/09/			gpt	400, Bd Blaizot 25 38281 GRENOBLE Tél: 04 76 22 25 38 fax: 04 76 22 25 38 Ophtalmologie 38281 GRENOBLE Souscration de M. H. BISSI
26/09/				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE BOURGOGNE FERRADA TAZI Halip Bd. Zekkouuni Casablanca 05.22.22.51	27/09/23	1063,10 dt

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
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the internal structure of the human mandible (lower jawbone). It features a central body with two rami extending upwards at the ends. The body is divided into several regions, each labeled with a number from 1 to 8. Regions 1, 2, 3, 4, 5, 6, and 7 are located on the left side, while regions 8, 7, 6, 5, 4, 3, and 2 are on the right side. Regions 1, 2, 3, 4, 5, 6, and 7 are arranged vertically along the body's length, with 1 at the top and 7 at the bottom. Regions 8, 7, 6, 5, 4, 3, and 2 are also arranged vertically, with 8 at the top and 2 at the bottom. The numbers are placed within circles or ovals, some of which contain additional markings like 'y' or 'V'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie – Angiographie – Laser

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد
دار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

دليـة بورـكـون
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
341, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05.22.27.73.44

25/09/2023

Mme BOUGHA Farha

~~110,10 X7
224,90~~

→ Xolaneol Cilly N°7



N°7

~~144,10 X2
288,20~~

~~150,00 X27/05/06~~

N°2

Vismed Cilly N°2



~~1063,10 #8~~

~~166,00 X3 / 03/06~~



Dr MOUHSSINE D'KHISSY
CASABLANCA
Tél: 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88
400, Bd Brahim Roudani 12e El Aqqad

رودامول®
Xolamol®

Lot: 2100124
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V : 110 DH 70

⇒ x7 Ged

