

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Optique

Autres

186696

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1880

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SINNAS

KHADIJA

Date de naissance :

01-01-1964

Adresse :

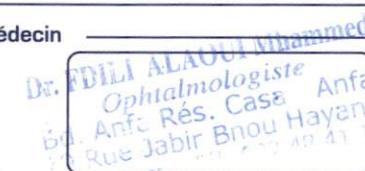
68, rue Jean Fouré, CASA

Tél. : 06 61 23 86 33

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/10/2023

Nom et prénom du malade : SINNAS Khadija Age :

Lien de parenté :

Lui-même

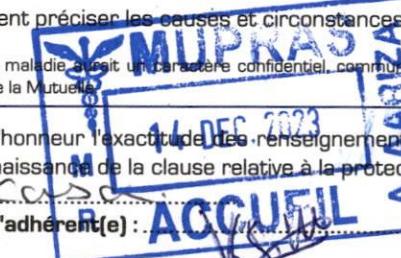
Conjoint

Age :
Enfant

Nature de la maladie :

Ophtalmologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



Dans le cas où la maladie a 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 : 23/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	23/10/23	149.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	J 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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FDILI ALAOUI M'hamed
Maladies & Chirurgie des Yeux

Maître ès Sciences Médicales
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Grenoble
Interne de C.H.U de Grenoble (France)

Sur Rendez-vous



الدكتور فضيلي علوي احمد
طب وجراحة العيون

أستاذ في العلوم الطبية
رئيس سابق بجامعة كلية الطب بكورنيل (فرنسا)
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بكورنيل

بالموعد

93.10.2023
Casablanca, le الدار البيضاء

104.00 SIMAS KHADIJA

PNYLARM solution 1ml

large 3 fl. b.
sculani

45.90

CILOXAN Colly

PHARMACIE CAMILLE SARL
10 Avenue Hassan II
CP: 3553683 - RC: 521287
Tél: 002831126000060
Tel: 0522 27 17 07

Bd. d'Anfa en Face de la Commune Sidi Belyout,
Rés, Casa-Anfa, 79, Angle Rue Jaber Bnou Hayane
Casablanca- Tél : 0522 48 41 18



Dr. FDILI ALAOUI Mhammed
Ophthalmologist
Bou Anfa Jaber Bnou Hayane
Bou Anfa Jaber Bnou Hayane
Tél: 022 48 41 18

و جماعة سيدى بليوط إقامة كارا إنفا
قه حابر ابن حبان - الدار البيضاء
Tél: 022 48 41 18

0522 48 41 18
الهاتف:

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm



HER MEDIC
PPC
104,00 DHS
16 un. / 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**