

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 : 5921 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Senia Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0626599073

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/03/2024

Nom et prénom du malade : Bekhouci Belaïd Fatima Age :
affection

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection

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 :

Le : / /

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
07/03/1944		C3	300.00	Dr Moussa BIS Ophtalmologiste 1er Rang Tél: 05 22 88 08 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LES PARENTS Nadia GOURANI 04 67 03 33 20 04 67 03 33 20 Action C... 04 67 03 20 Gsm : 06 07 04 00 20	02/03/21	89,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNEXE 2 - RADIOSCRIPTES			
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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN APPORTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR MOUNA BENHADDOU

Ex-Professeur A. à la
Faculté de Médecine de Casablanca
OPHTHALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ophtalmologie Pédiatrique - Strabisme
Lentilles de Contact - Rétine

Consultation sur rendez-vous



بندو

ية الطب

العيون

ال - الحول

الشبكة -

بالموعد

LOT

0431123
2025 11
89,00

PPC
DHS



Casablanca, le الدار البيضاء، في

07 mars 2024

Mme BELKOURIBCHIA FATIMA

PURE COLLYRE

8900



1 gtt 3 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

PHARMACIE LES PARENTS
Nadia GOURANI
234 E L'issiment Zoubeir Groupe
Addoha Oulfa - Casablanca
Gsm : 06 67 07 50 26

Dr MOUNA BENHADDOU
Ophthalmologiste
16, Bis Angle Bd My Youssef et Hassan 1^{er} - Résidence Sorour - 1^{er} étage (Près du consulat USA) - Tél. : 06.66.89.55.15 / 05.22.88.08.08
Fax : 05.22.88.08.08
Tél. : 05.22.88.08.08