

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8768** Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HALLUCI BERNADETTE MARIE**

Date de naissance : **29-10-67**

Adresse :

Tél. : **06 61 16 72 66** Total des frais engagés : **20208** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. JIHAD SAFAA
DENTISTE ALMOLLOGISTE
Angle 6-8 Sult Abdeslam et bd abdelhadi Boutaleb
(ex route d'azemmour) Entrée A. Apt 3-2ème étage.
Casablanca / Tél: 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

Date de consultation : **11/03/2024**

Nom et prénom du malade : **Beaumessa Hanane** Age : **54 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Maladie chronique**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **19 AVR. 2024**

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 : **CHAGA**

Le : **10/04/24**

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
14/03/2016	CS		2900 DT	DR. JIHAD EL HADJ OPTOMATOLOGY 10, Avenue El Ahamma 10000 Tunis, Entrée A, Apt 2 Tunisie - 237/50322400 - 0935143372

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Léonard Route AZEMOUR Rés Terrasses Maroc Dar Bouazza - Casablanca Tél 05 22 29 10 87	11/03/24	106,40

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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Diplômée des universités de Tours - Casablanca
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk)
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريج كلية الطب "تور" و"الدار البيضاء"
الزرق-السد-السكنى-تصحيح النظر
طبيبة سابقة بمستشفى 20-15 باريس
طبيبة سابقة بمستشفى الحسني

11 mars 2024

Mme BENMOUSSA Hanane

NAVITAE: collyre

1 goutte 4 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

MAXIDROL: pde

1 application / jour le soir au coucheur, dans les deux yeux, pendant 15 jours

total = 106,45

Route AZEMOUR Rés Terrasses Marines
Dar Bouazza - Casablanca
Tel 05 22 29 10 87



3 زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و شارع عبد الهادى بوطالب (ازمور سابقا) ، مدخل أول الطابق شقة 2

Angle bd Sidi aberraahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour).Entrée A . Apt.3 - 2 ème étage

 cabinet.drjihad@gmail.com  05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28