

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.

Éducation :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

42212

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011216

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

NOM

Matricule

ACHIR ABDELGHANI

RAM

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Matricule

2114

Date de naissance

RETRAITE

1/1/1953

Nom & Prénom

13 RUE MOUSSA AL AYOUBI BOULOGHE CASA

Adresse

06 78 99 02 25

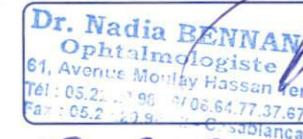
Total des frais engagés : 1600 Dhs

Tél. : 06 78 99 02 25

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/09/2020

Nom et prénom du malade : Mme BOUHSINE ép. ACHIR

Age : 58

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Zahra

Enfant

Nature de la maladie : Affection

Oculaire

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 : Casablanca

Le : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : Achir

La

VOLET ADHÉRENT

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
15/09/2020	C ₅ + K ₂₀	= 400 DA	=	<i>Nadia BENNANI</i> DENTISTE 61, Avenue Moulay Hassan 1er Tel : 05 22 20 90 31 / 06 64 77 37 67 Fax : 05 22 20 90 62 - Casablanca
2020	+ F ₁₀			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA HABIA</i> 15601098 - NPE 092004639 Tél: 05 22 27 35 82	14/09/20	120100

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

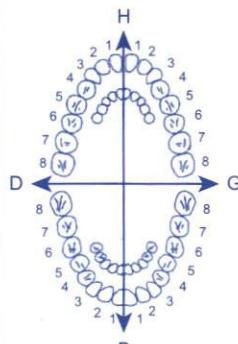
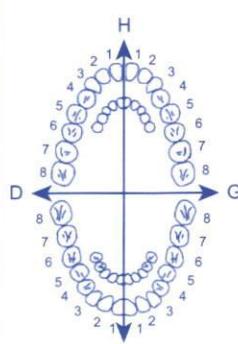
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	21433552 00000000		
	D 00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia BENNANI

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de la Faculté
de Médecine de Paris



الدكتورة نادية بناني

أمراض العيون

خريجة كلية الطب بباريس
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 15. septembre. 2020

Mme BOUHSINE EP ACHIR Zahra

OXYAL

$60,00 \times 2 = 120,00$



1 goutte 2 - 4 fois par jour, dans les deux yeux
2 flacons

RIMA
PHARMA
P.V.C
60.00 DH

60,00
RIMA PHARMA
PVC : 60,00

Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522.27.35.82
TP 35601098 - ICE. 00165418700001
INPE 092004639

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél: 05.22.20.98.51 / 05.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.52 Casablanca

Casablanca, le 15/09/20

NATURE DU CS +K20 + FO & NOTE D'HONORAIRES

❖ Nom du patient: Mme BOUKSINE ép ACHIR Zahra

❖ Date de naissance: 01/01/1962

❖ Date de l'examen: 15/09/2020

❖ Acte coté **CS + K20 + FO**

- Réfractométrie automatique
- Mesure de l'acuité visuelle
- Examen bio microscopique
- Mesure de la pression intra oculaire au tonomètre à air pulsé
- Instillation de cycloplégiques
- Examen du **fond d'œil**

❖ **Compte rendu:** patiente diabétique non-insulino traitée (2019)

F.O. : pas de signes de réthropathie diabétique, contrôle annuel.

❖ Montant des honoraires: **quatre cents dirhams (400 DH)**

Dr. Nadia BENNANI
Ophtalmologiste
61, Avenue Moulay Hassan 1er
Tél : 05.22.20.98.59 / 06.64.77.37.67
Fax : 05.22.20.98.63 Casablanca

61, Bd Moulay Hassan 1^{er} – CASABLANCA
Tél. : 05 22 20 98 59 / 06 64 77 37 67 diana.bennani@gmail.com