

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-507683

N° = 17236



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1683

Société :

RAT TUNIS

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

GAHAR BI ZOHRA

Date de naissance :

01/08/1952

Adresse :

2, Rue Sidi Brahim - Gauthier CASA

Tél. :

0621529851

Total des frais engagés :

606,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/01/2020

Nom et prénom du malade :

GRABER BI ZOHRA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie

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.

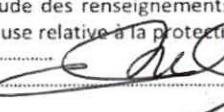
Fait à :

CASA

Le :

17/01/2020

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
17/01/2020	CS +Fo		250,00 100,00	INP : 092017201 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. M. Soukhan</i>	17/01/2020	256,50
		INPE 092017201

ANALYSES - RADIGRAPHIES

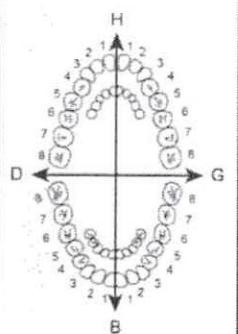
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

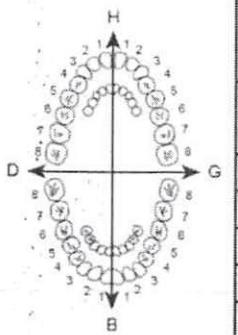
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Chakib BAKKALI

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

32, Rue Taha Hocine (Ex. Galilée) - Gauthier

20 060 Casablanca

Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

Casablanca, le 17 Janvier 2020 الدار البيضاء، في

Mme GHARBI Zohra

38,50

1/ SICCAFLUID : collyre

S.V.

1 goutte 3 à 6 fois / jour

109,00

2/ XILOIAL COLLYRE

S.V.

1 goutte 3 à 6 fois par jour et à la demande

3/ HYDRAMED

S.V.

1 application le soir

Traitement pendant : 1 Mois

256,50

الدكتور شكيب بقالي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

عضو في الجامعة الفرنسية لأمراض العيون

32. زفقة طه حسين (كليي سابقا) - تونسي

20060 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

05 22 47 13 75

الفاكس : 05 22 47 13 75



Docteur Chakib BAKKALI
OPHTHALMOLOGISTE
32, Rue Taha Hocine (Ex. Galilée)
Casablanca 20 060
Tél: 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

PPC 109,00 DH

LGT 571718
2021 11

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophthalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6118001101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue
Mohamed Dioun, Casablanca - Pharmacien
Responsable : Amina DAOUDI

