

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.

adiologie 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.

ptique :

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.

entaire :

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

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

 Maladie Dentaire Optique Autres**(21775)**Matricule : **1959**Société : **R.A.M.** Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

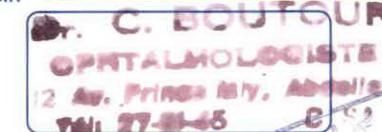
NASR SALAH

Date de naissance :

01.01.1959Adresse : **Rue 33 N° 36 ALIA 1- OULFA - CASA**Tél. : **06.62.80.73.55** Total des frais engagés : **402,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **17/2/20**Nom et prénom du malade : **NASR SALAH**Age : **67**

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Cognitif

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 : **19/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

CASA

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 22 26	C2		300	<i>DR. G. LALOUETTE CAPITAL MOYENNE 15/05/2015 C 83</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELLIOT INPE 5014 2020 El Cufra - Tél: 032201.00.23	17-02-2020	102,90

ANALYSES - RADIographies

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

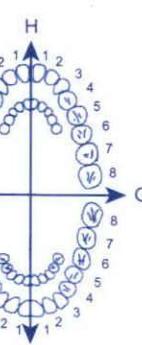
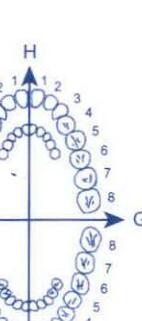
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

DOCTEUR Chafiq BOUTOUR

OPHTHALMOLOGISTE

Lauréat de l'université de Limoges - France

Diplômé de micro-chirurgie oculaire

de l'université de Marseille - France

Ophthalmologiste des hôpitaux de la région Bretagne

Assistant spécialiste au C.H.G. de Nevers - France

Ophthalmologiste des hôpitaux militaires

Membre de la société française d'ophtalmologie

الدكتور شفيق بوتور

أخصائي أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة ليوج - فرنسا

دبلوم الجراحة المجهريّة للعيون

من جامعة مرسيليا - فرنسا

أخصائي بمستشفيات جهة بريطانيا

أخصائي مساعد بالمستشفى العام توفر - فرنسا

أخصائي بالمستشفيات العسكرية

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

CASA, le 17 - 2 - 2020
اليبيضاء، في.

Steripharma
PPV: 57,90 dh

نواص سالم

57,90
+ Allergo - cream : 12 ml



22,60 Flacon : 12 ml



22,40 - Maxidrol pom : 16 ml



102,90

6 "118001"
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/2 INC
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

6 "118001"
Laboratoires Sothema
Maxidrol pommade oj.
A.D.S.P. Maroc N° 4/
PPV : 22,40 DHS

PHARMACIE ELLOTTE
Maroc N° 4 / 103DMP/2 INC
Casablanca - Tel: 02 2910072

BOUTOUR
OPHTHALMOLOGISTE
CASA

الفحص المسبق: / /
Prochaine visite: / /