

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.

Biologie 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 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

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.

Nº P19- 057277

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **02601**

Société :

57 688 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

M'BIRKOU Mohamed-Naji

Date de naissance :

07/01/1938

Adresse :

**35 COURS DES SPORTS
20200 CASABLANCA**

Tél. : **0662 5121 54**

Total des frais engagés : **1035,90 + 18,50 = 1054,40 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **M'BIRKOU Mohamed-Naji** Age : **83**

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

CLAVICOMS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

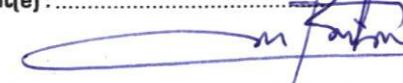
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/12/2020 | | | 300,- | <i>Docteur BEKIRANE M.M.</i> |
| 19/12/2020 | | | 100,- | <i>Docteur BEKIRANE M.M.</i> |

PHARMACIE GHZ
Tél : 05 22 25 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------------|-----------------------|
| 19 DEC 2020 | 19.12.2020 | 1035,90 |
| 22 Rue Aboufrazik et Bd des Terrains de Sion-Ferme Bretonne | 19.01.2021 | 18,50 |
| <i>All</i> | 19 JAN. 2021 | 1054,40 |

22. Angle Rue Aboufrazik et Bd des Terrains de Sion-Ferme Bretonne - 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|---------------------|
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | |
| H 25533412 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 11433553 | | | | |
| [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

Docteur M. M. BENKIRANE

Diplômé de la Faculté de

Montpellier

Maladies et Chirurgie des Yeux

Membre de la Société Française
d'Ophthalmologie



1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C : 05 22 22 15 41
C. : 05 22 20 10 15

الدكتور بن كيران

خريج كلية الطب بمونبولي

أمراض وجراحة العيون

عضو للجمعية

الفرنسية لأمراض العيون

1، شارع الجيش الملكي الدار البيضاء

05 22 22 15 41
05 22 20 10 15

Casablanca, le : 1.07.1.12.1.8.2.82

نـا نـا نـا نـا نـا نـا نـا نـا

*12700x3 Xalatan 0.1%
170 81 (3 flacon)*

*16420 x3 - Cosopt 0.1%
17 81 20 (3 flacon)*

*5410 x3 - Lumintop 0.1%
17 40 (3 flacon)*

10351 90



*Saad
DOCTEUR BEKIRANE M.D.
Ophthalmologue
05 22 20 10 15 - 22 15 41*

M. Benkiran

LOT/EXP.:
DD8167
CN8682
07/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
CW4840
Y45043
05/2022
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
DD8167
CN8682
07/2022
PPV 127DH00

LOT T029255 2
EXP 05 2022
PPV 164.20 DH

LOT T020107 2
EXP 02 2022
PPV 164.20 DH

LOT T020107 1
EXP 02 2022
PPV 164.20 DH

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

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

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

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

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

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

Docteur M. M. BENKIRANE

Diplômé de la Faculté de
Montpellier

Maladies et Chirurgie des Yeux
Membre de la Société Française
d'Ophtalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C. : 05 22 22 15 41
C. : 05 22 20 10 15



الدكتور بن كيران

خريج كلية الطب بمنيابولى
أمراض وجراحة العيون
عضو للجمعية

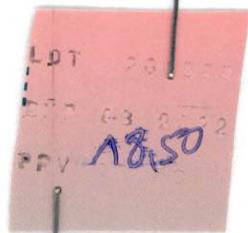
الفرنسية لأمراض العيون
١، شارع الجيش الملكي الدار البيضاء

الهاتف: عيادة: ٥٢٢٢٢١٥٤١

Casablanca, le : 19/11/2021

Mr. Abinader Valiente Wagner

18.50 Schild auf uns
- 3x - 1



Béchirane M.M