

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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 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- 064985

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJIL MOHAMED

Date de naissance :

01-01-1944

Adresse :

CITERAD RUE1 APT.1 FN. 80 JELFA

Tél. 06.72.98.62.80

Total des frais engagés : 354,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/02/2021

Nom et prénom du malade : BELANTARI Naf. Ka

Age : 78

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affectrice socialise

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 : 11/02/2021

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 la Paiement des Actes
11.02.21	Cs + FO		300DH	Dr. MECHICHI Ophtalmologue 237, Bd. Zerktouni - Casablanca Tel.: 05 27 94 32 68/33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SOUFIANE</i> Groupe 11 Rue 15/24 23/25 El Jadida - Casablanca Tél : 05 22 89 09 63 T.C.E : 000500246000026	11/02/2021	54,-10

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
		AM	PC	IM	IV	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[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

Docteur Anissa Mechiche-Alami

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

237, Bd. Zerkouni
Résidence Al Kheir, 2^{ème} Étage
Casablanca

TÉL.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

الدكتورة أنيسة أمشيش العلمي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب بمونبولي

شارع الزرقطوني 237

إقامة الخير، الطابق الثاني

دار البيضاء

الهاتف 05.22.94.32.69 - 05.22.94.32.68

Casablanca, le 11 FEV. 2021

دار البيضاء في

BELANTARI

Nolihel

54,10

- levemasch

cop.



Aste x 3lj

36 mois

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe C RPD 154 N° 22425
EL OMEYA - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6118001100651

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

Dr. MECHICHE Alami Anissa
Ophtalmologiste
237, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél. : 05 22 94 32 68/88