

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

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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6096**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TAHIRI JOUTI SAMYA**

Date de naissance :

21 SEP 1962

Adresse :

**62 Bd Abdellah) Ble
Kadour RACINE Casablanca**

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. GHALLAB GHISLAINE

HOPITAL CHIRURGISTE
 8, Rue Assad Benou Zarara
 Place du Maârif
 Tél : 05.20.46/47 Fax : 09.20.46
 CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/05/2021

Nom et prénom du malade : **que TAHIRI JOUTI SAMYA** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

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 : **Choueiri** Le : **21/05/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

Choueiri

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
18.05.2021	Cr		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BON VU S.A.R.L	18/05/2021	4000,00
68, Bd. Abdellatif Ben Kaddour		
20050 CASABLANCA		
Tel: 0522 944 888 - Fax: 0522 366 753		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
	D → G			MONTANTS DES SOINS
	D → G			DEBUT D'EXECUTION
	D → G			FIN D'EXECUTION
	D → G			Coefficient des Travaux
	D → G			MONTANTS DES SOINS
	D → G			DATE DU DEVIS
	D → G			DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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 GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris

Maladies et Chirurgie des yeux

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Angiographie - Laser - Echographie

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زرارة ساحة المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le 18/5/21 الدار البيضاء في

Madame

TAHIRI JOUTI Samya

Une paire de LUNETTE :

PROGRESSIFS Photochromiques

Oeil Droit : + 1,75 , Addition + 2,50

Oeil Gauche : + 1,75 , Addition + 2,50

+ monture

BIEN VU S.A.R.L

58, Bd. Abdellatif Ben Kaddour

200 50 CASABLANCA

Tél.: 0522 944 888 - Fax: 0522 866 753

DR. GHALLAB GHALLAB
EXPERTISE
8, Rue Assad Bnou Zarrara
Place du Maârif
Tél : 05 22.99.20.46 / 47
CASABLANCA

BIEN VU

OPTICIENNE

Nom de l'assuré : Mme TAHIRI JOUTI Samya

Numéro de tel :

Date Naiss :

Caisse :

N° Sécu Sociale :

PRESCRIPTEUR Dr GHALLAB Ghislaine

27/05/2021

FA200521

Code produit	Désignation	Prix Unit. TTC (DHS)	Qté	Montant TTC (DHS)	Rbst SS	Rbst. Compl.
	MONTURE	1 000,00	1	1 000,00		
	VERRE PROGRESSIF AMINCI DURCI DIAM 65/70MM	1 500,00	1	1 500,00		
	VERRE PROGRESSIF AMINCI DURCI DIAM 65/70MM	1 500,00	1	1 500,00		
						4 000,00

Net à payer (DHS) : 4 000,00

BIEN VU S.A.R.L
58, Bd. Abdellatif Ben Kaddour
20050 CASABLANCA
Tél.: 0522 944 888 - Fax: 0522 366 753

ICE: 000026616000041