

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

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.

Maladie Dentaire Optique 8247° Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 178.1 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUZIAS KERBILIA

Date de naissance : 23/09/1950

Adresse : 332 Bd BORDEAUX CASA Bourgogne

Tél. : 0662181910 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/06/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : APP. ACT. Ic + sciatique

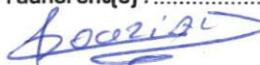
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
24/06 2021	CS	02	300.-	 Dr. Boudjedra 06 22 94 97 66 Boudjedra JERRAD ALAOUI S

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur
Pharmacie **Nezha El Aoud**
Organic Docteur en Pharmacie
199 Bd Bourdeaux - Casablanca
05 22 49 21 71 / 72 - Fax 05 22 26 19 18

092010982

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

**Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue**

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 dentalté, 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saida EL ALAOUI
Ophtalmologiste

Ancien Interne et Attachée au
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris
Diplômée de l'université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي
طب العيون
طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني
لطب العيون 15.20 بباريس
خريجة جامعة باريس 6

Casablanca, le jeudi 24 juin 2021

Madame BOUZIAD Kebira



- COSOPT COLLYRE fl

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

- HYE unidoses

1 goutte x 3 / j -> DANS LES DEUX YEUX 6 mois



~~Dr. EL ALAOUI Saida
Ophtalmologiste
207, Boulevard ZERKOUNI
05 22 94 91 66 - CASA~~

LOT U005724 2
EXP 08 2022
PPV 126.10 DH

LOT U005724 2
EXP 08 2022
PPV 126.10 DH

LOT T038511 1
EXP 07 2022
PPV 126.10 DH

LOT T033801 2
EXP 07 2022

PPV 126.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT T038511 1
EXP 07 2022
PPV 126.10 DH

LOT U005724 1
EXP 08 2022
PPV 126.10 DH