

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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 :

Toutes 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : g3548

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : M.AZIANE KHADIJA

Date de naissance : 10/08/1965

Adresse : Rue de Rome N57 4<sup>e</sup> 11<sup>e</sup> arr

Tél. : 0661993361 Total des frais engagés : Dr. EZ-ZAHRAOUI REDA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/11/2014

Nom et prénom du malade : M.AZIANE KHADIJA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : CONSULTATION OPTIQUE SUR RECHERCHE DE CLUCNAIRE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : COLLISION APTIQUE SUR RECHERCHE DE CLUCNAIRE

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : MAZIANE KHADIJA

#### **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
11.11.21 CS			200 DH	   

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/11/2021	8.000,-00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan.

- \* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech
  - \* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux
  - \* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

- \* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكيّة - جامعة بوردو
- \* طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)
- \* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

الدار البيضاء، في: ١١ / ١١ / ٢٠٢١ Casablanca, le :

Casablanca, le : 11 / 11 / ٢٠٢١ الدار البيضاء، في:

الحمد لله رب العالمين

مكتب نور العلوم الدينية

Dr. Nourane Khadiga

lumine from N, rues 2nd-right 2nd  
lumine:

$$\Rightarrow \Delta u = +1,75 \quad (-0,75 \text{ a } 90^\circ)$$

Ana + 2,5 Den SDG



العنوان : 219 ، شارع الهراء ويين (المدنية) قرية الجماعة ، سباتة ، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء  
الهاتف : 06 39 75 75 70 - المستجدات : 05 22 29 18 29

**219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemaâ , Sbata 2<sup>ème</sup> étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca**

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70

# نظارات الـحـارثـي OPTIQUE ELHARTI

**682, Av. Idriss El Harti  
"Derb Lahar" Cité Djamaâ  
Casablanca - Tél. : 05.22.56.38.89**

# FACTURE

Le : 15/11/21

**Nº 03056**

M: MAZIANE KHADIJA

Ordonnance de Mr le Docteur : Mohammed EZZAHRAoui

Numéros de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O. D. R.C. O. G. 29.1376	Prés { O. D. Patente O. G. 379.697.84	D. F. { O. D. T.C.E. O. G. 20004760000018
--	------------------------------------	--	--

**FOURNITURES :** → ~~TF84930088~~

Montures optique ..... 1000,-

Verres : grosses et Pet. 4  
d. 17.2 N ( 10.894 )  
d. 17.1 N ( 10.891 ) n. 14 + 2.2

TOTAL

**Arrêtée la Présente Facture à la Somme de DH**

Huit Ville DHS ✓



TIMBRE