

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 canalaire, 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 canalaire.

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 |

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société : M6513

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BI AZ Najib

Date de naissance : 15-11-1949

Adresse : Bd MERKA - Jalousie - FLORIDA - Lot 5. Californie - USA

Email : nbiaz@hotmail.com

Tél. : 0661.14.8651 Total des frais engagés : 318,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur D'KHISY Mouhssine
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani
Tél : 022 25.48.88

Date de consultation : 10/05/2022

Nom et prénom du malade : BI AZ NAJIB Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

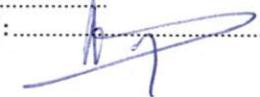
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casab

Le : 19/05/2022

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
10/05/2022	6	2	62	Docteur D'KHOUR Ophthalmologiste 400, Bd Brahim Roudani Tél. 022/25.48.88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DE LA SANTÉ BEAUMONT N° de la Marque California : Case 1288 - Fai : 03221315	10/15/10.11	318,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRUR
OTORHINOLAR
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

149,00

Casablanca, le 10-05-22-

جراحة أمراض الرأس
جراحة الأذن والأذن
جراحة الوجه والعنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي
جهاز الليزر
جهاز السكانير الجسماني الكلي
ذرع فوقعة الأذن
التشخيص والتحليلات

مصحة
الراشدي
مصحة الراشدي

الدار البيضاء في

M? BIAT NAJIB

1/S



PHARMACIE FLEM
SANTÉ BEAUTÉ
275, Route de la Mequée Casablanca
Tél: 05 22 52 29 89 - Fax: 0522 21 31 56



S.P.

Docteur. D'KHISY Mouhssine
Ophtalmologiste

400 Bd Brahim Roudani 1037680
شارع بraham Roudani 1037680
الدار البيضاء - المغرب - 1037680
ص.ب. 01020457 - رقم العريفة: 74087 - س.ت: 35504150
الإسم: 05 22 22 12 96 - الهاتف: 05 22 29 48 36 / 37 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 22 12 96
العنوان: 05 22 22 03 57 - البريد الإلكتروني: rachidi@cliniquerachidi.com

