

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BIAZ Najib

Date de naissance : 15-11-1949

Adresse : Bd MEKKA - Anciennement FLORIDA dots 5 California Cera

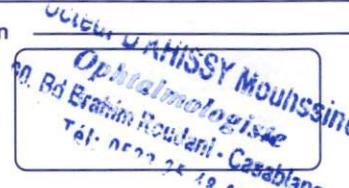
email : nbiaz @ hotmail.com

Tél. : 0661 148651

Total des frais engagés : 335,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 JUIL 2022

Nom et prénom du malade : BIAZ Najib Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Pulmonaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

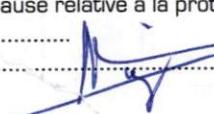
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 04/04/2022

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
05 JUIL 2021	CG1		300000 DHS	<p>Dr. AMISSY MoulliSSINE Orthodontiste Brahim Razzani - Casablanca Tél. : +212 66 10 00 00</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/09/2021	35,70 DHS

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G		
	B				
	D				
	G				
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			FIN D'EXECUTION	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G		
	B				
	D				
	G				
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G		
	B				
	D				
	G				
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G		
	B				
	D				
	G				
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DU DEVIS	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G		
	B				
	D				
	G				
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DE L'EXECUTION	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G		
	B				
	D				
	G				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie - Angiographie - Laser



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,30,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DHS

406835 MA

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

Docteur D'KHISSY
Ophtalmologiste
X/Anjouan Roudani Casablanca
Tel 0522 25 48 88

B. 2013

358

1) ToBrinder coll.

#X41T → 3T

#X43T → 3T

S.V

co2

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage

Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

CASABLANCA

PHARMACIE FLEMING
SANTE BEAUTE

275, Route de la Nécropole Califonie - Casablanca
Tél: 05 22 52 29 89 - Fax: 0522 21 31 56

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076

400. شارع إبراهيم الروదاني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88