

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohammed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3191 Société : 172460

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ADNANI ADNINA

Date de naissance : 11/10/1923

Adresse : 13 rue des Flamands N° 9 RIVIERA

CASA

Tél. : 0665169025

Total des frais engagés : 375 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/2023

Nom et prénom du malade : ADNANI AMENNA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Veinte

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 : Tanger

Le : 22/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

dus

Sofia SAQUDI HASSAN
Ophtalmologue
Sara Pasteur Prince
N° 21/37/22



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 27/07/23 | 70,02 |

INPE - SÉRIES - RADIOGRAPHIES

| CACHET ET SIGNATURE DU LABORATOIRE ET DU RADILOGUE | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| 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 :

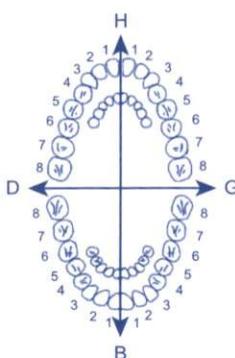
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

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



Diplômée de la faculté de médecine de Rabat et de Paris-France
Diplômée en imagerie rétinienne et traitement maculaire
de l'université Paris 12
Ancien médecin interne du CHU de Rabat
Ancien médecin de l'hôpital des spécialités de Rabat

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس - فرنسا
خريجة في أمراض الشبكية و داء السكري جامعة باريس
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى الاختصاصات بالرباط

Tanger le : 27 juillet 2023 طنجة في :

Mme ADNANI Amina

$$2 \text{ h} . 60 \times 2 = \\ 50 . 20$$

FRAKIDEX COLLYRE

1 goutte 8 fois pendant
1 goutte 6 fois pendant 7 j
1 goutte 4 fois pendant 7 j
1 goutte 2 fois pendant 7 j

dans l'œil gauche

| | | |
|-------------------------|----------------|-----------|
| FRAKIDEX | رقم النعمة | H9502 |
| Collyre 5ml | تاريخ الإنتاج | 03 - 2023 |
| ZENITH PHARMA | تاريخ الانتهاء | 02 - 2025 |
| AMM N°218/16 DMP/21/NRQ | PPV : | 24,60 DHS |
| | | 68672 |

FRAKIDEX POMMADÉ

1 app le soir , dans l'œil gauche

| | | |
|-------------------------|----------------|-----------|
| FRAKIDEX | رقم النعمة | H9621 |
| Collyre 5ml | تاريخ الإنتاج | 03 - 2023 |
| ZENITH PHARMA | تاريخ الانتهاء | 02 - 2025 |
| AMM N°218/16 DMP/21/NRQ | PPV : | 24,60 DHS |
| | | 68672 |

Dr. Sofia SAOUDI HASSANI
Angie Boulevard Pasteur, SARA 1^{er} étage n°11
Abdellah, R.Sidi, 43 00 / 06 31 27 37 22
Tél.: 05 19 43 88 / 06 31 27 37 22

DR. HASSANI GENT
Dr. Chentouf Hicham
48, Bd Pasteur - Tanger
Tél: 0539 93 37 41