

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

7103 Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08991

Société : RH 17

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Aïcha Abdellaziz

Date de naissance : 25/02/1969

Adresse : Habilatuelle

Tél. : 066173691

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/09/19

Nom et prénom du malade : Aïcha Abdellaziz

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enf

Nature de la maladie : Sommeil et fatigue

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 médecin conseil de la Mutuelle.

31 OCT. 2019

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Agdal

Le : 31/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

Aïcha Abdellaziz

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVÉ DES MÉDECINS ET HONORAIRES | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|---|
| des s | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Identifiant du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| MARIE ALHOUWATEEN 0522 90 97 38 | 16/09/19 | 110.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Chemin et signature du docteur et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

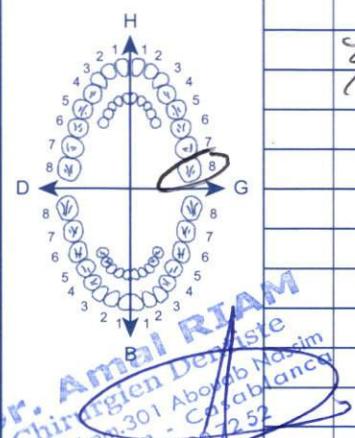
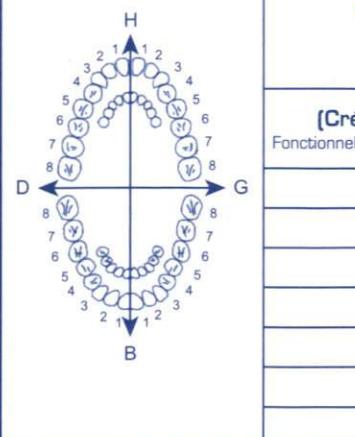
| Achete et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|--|----------------|--|---|
|  | | <i>Dr. Amal RIAM</i> Chirurgien Dentiste Appl. 9 Imme. 301 Abou ab Nassim - Casablanca Tel: 05 22 90 12 52 | <i>Dr. Amal RIAM</i> Chirurgien Dentiste Appl. 9 Imme. 301 Abou ab Nassim - Casablanca Tel: 05 22 90 12 52 |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | |
|  | | $ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | |
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DATE DU DEVIS |
| | | | DATE DE L'EXECUTION |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | |

CABINET DE CHIRURGIE DENTAIRE

Docteur RIAM Amal

Lauréate de l'Université Hassan II
et du Centre Hospitalier Ibn Rochd - Casablanca



ة الأسنان
م أمال

PPV: 55,00 DH
LOT: 597806
PER: 02/20

خ. ساحة ح. أمامة الحسن الثاني
رشد - الدار البيضاء

PPV: 55,00 DH
LOT: 611209
PER: 10/20

أشعة - جراحة - علاج الأسنان واللثة، تعويض الأسنان، تقويم الأسنان.
Consultation, Radiologie, Chirurgie, Soins des dents et de la gencive, Prothèse dent

Fez 16/09/19

نـ امـ اـ مـ اـ لـ اـ زـ

55.00 x 2

1. Amoxi 500 mg - 2 tablets (عبوات)
2. Ipr 200 mg - 10 tablets (عبوات)

PHARMACIE AL-CHAHWATEN
Boulevard Al-Mansour Lot 192
Lissabon - Casablanca
Tél: 0522 91 97 34

Tel: 05 22 90 72 52
Hay Nassim - Casablanca

Dr. AMAL NASSIM
Chirurgien Dentiste
App. 9 Imm. 301 Abdellah Nassim
Tel: 05 22 90 72 52

الهاتف: 05 22 90 72 52

أبواب النسيم - عمارة 301 - الطابق الأول - شقة 9 - (بجانب المسجد) - حي النسيم - الدار البيضاء
Abouab Nassim - Imm. 301 - 1^{er} étage - App. 9 - (à côté de la mosquée) - Hay Nassim - Casablanca