

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8384	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL KHOU Noureddine
Nom & Prénom : EL KHOU Noureddine			
Date de naissance : 24.2.1962			
Adresse : LISSEASFA LOT Zoubir IMM 24 APP 4			
Tél. : 06 84 30 75 77	Total des frais engagés : 2 800 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. BENMOUSSA Khadija Ophthalmologiste-Homéopathie Lotissement Haj Fakir N°169 Appt. N°1 Oulfa - Casablanca 16/09/2019 - GSM: 06 66 38 53 36 </div>			
Date de consultation : 16/09/2019			
Nom et prénom du malade : EL KHOU Lotfi Age : 53			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MUPRAS <i>Affection articulaire</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20 SEP. 2019			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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) : _____



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
11/09/14		Coef 80	300.00	INP : 25533411 21433552 L'INP est obligatoire pour toute facture de soins dentaires

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Rokeneddine Redouane Opticien INNAJAH 3d. Moudouba la Bloc "C" N°27 CASABLANCA	11/09/14					2500.00

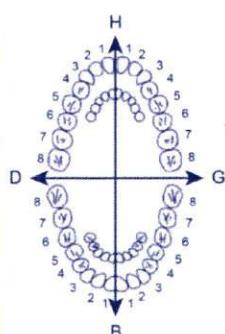
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

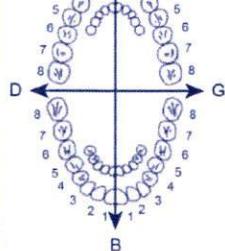
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 00000000 35533411
D	21433552 00000000 11433553
B	



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة و طب العين

- الجلالة - العول - المياد الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات الاصناف
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

Sur rendez-vous زيارة بالموعود

Casablanca, le :

16 septembre 2019

Enf. ELKHO LOTFI

Monture + verres correcteurs

Antireflets, Amincis

OD = + 2.75 (- 2.00 à 50°)

OG = + 3.25 (- 2.50 à 165°)

Rokeneddine Redouane
Opticien AYAJAH
Bd. Moudiboukella Bloc "C" N°27
CASABLANCA

Dr. BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologue-Homeopathie
Lotissement Haj Fateh N°169
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 53 36

Lunette ANNAJAH

ROKENEDDINE Redouane El Idrissi

Bd. Moudiboukeita, Bloc G

N° 27 - Casablanca

Rég. Com N° : 352640

Patente N° : 36612796

I. F : 4 5 5 2 5 2 5 0

ICE : 000885051000058

GSM : 06.64.27.21.94

نھارات النجاح

رکن الدين رضوان الإدريسی

شارع مودیبو کیتا، بلوک ج

رقم 27 - الدار البيضاء

السجل التجاری : 352640

باتنا رقم : 36612796

الضریبة : 45525250

000885051000058 : ICE

06.64.27.21.94: المحمول

N° 7000886

036616611

Casablanca, le 15/09/2015

M

EL KNO LIFI

Doit

Docteur ~~BSF~~ M. H. M. A. . I. K. A. D. I. A. .

Nomenclature N°

VL OD : cyl sph +2.75 (-2 = 5)

OG : cyl sph +3.00 (-2.50 = 16)

VP OD : cyl sph —

OG : cyl sph —

Verres : organique Ant-reflet 1900,-

Montures : plastique optique 600,-

Facture arrêtée à la somme de :

Demande de remboursement

2500,-

Rokeneddine Redouane
Opticien ANNAJAH
Bd. Moudiboukeita, Bloc "G" N°27
CASABLANCA

O

OG