

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014754

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2530

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHIKHAOUI AHMED

Date de naissance :

30.06.52

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

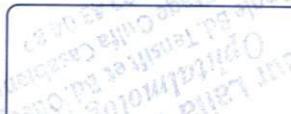
0627586158

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/06/2020

Age: 68

Nom et prénom du malade :

MR CHIKHAOUI AHMED

68

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Psoriasis

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 :

CASA

Le : 30/06/2020

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
30/09/2010	CE		1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE 750 10 PARIS Tél: 05 22 30 50 05 - Courbevoie	30/6/20	1437,00

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

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'état dentaire.																		
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
					Coefficient des travaux													
					MONTANTS DES SOINS													
					DÉBUT D'EXÉCUTION													
					FIN D'EXÉCUTION													
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	Coefficient des travaux
	H	25533412	21433552															
	D	00000000	00000000															
	G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553																
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													
					DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXÉCUTION													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION													



Diplômée en Phacoemulsification et Chirurgie Refractive à Bordeaux

Diplômée en chirurgie Vitréorétinienne de Dijon France

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancienne Interne de l'Hôpital 20 Août Casablanca

Médecin des Services Sociaux des Forces Armées Royales

30 Juin 2020

دبلوم في جراحة الجلالة وتصحيح البصر ببوردو فرنسا

دبلوم في جراحة الشبكية بدييجو فرنسا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى الجامعي 20 غشت الدار البيضاء

طبيبة بالصالح الاجتماعي للقوات المسلحة الملكية

Casablanca, Le :

Mr. CHIKHAOUI AHMED

34,00

1/ LIPOSIC GEL



234,00 1 goutte le soir, les deux yeux, 1 Mois

2/ GANFORT

[Qte : 6]

X6 1 goutte /jour le soir, les deux yeux, 6 Mois



GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV : 234DH00

Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRO

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Collyre en solution Flacon de 3ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRO

PHARMACE SELMA HASSOUNI
756, Boulevard Oued Sebou
Tél: 05 22 90 50 06 - Casablanca

معتمدة لرخصة السيارة

05 22 43 04 82 710، ملتقى شارع تانسيفت و شارع واد سبو الطابق الثاني - رقم 4 - الألفة - الدار البيضاء

710, Angel Bd. Tensift et Bd. Oued Sebou 2^{ème} étage, N° 4 El Oulfa - Casablanca