

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

tique :

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.

entaire :

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *G 2 84* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *KHALSI, HINA*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *06.28.10.34.54* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : *04/11/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *Amina*

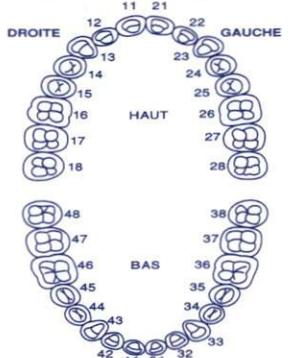
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

Coefficient des travaux

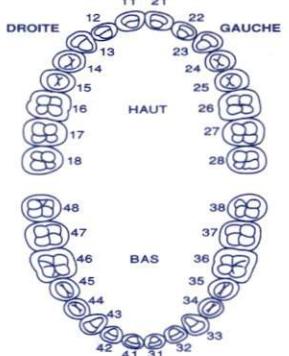
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



DROITE	12	21	GAUCHE	22
	13		23	24
	14		25	26
	15		27	28
	16			
	17			
	18			
	48		38	
	47		37	
	46		36	
	45		35	
	44		34	
	43		33	
	42		32	
	41		31	
	30		39	
	31		38	
	32		37	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N° P 14 / 0013840



Mle

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Cachet
MUPRAS



P 14 / 0013840

DATE DE DEPOT

/...../201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6284

Nom & Prénom KHALFI MIMA

Fonction Veuve

Phones 0625103454

Mail

MEDECIN

Prénom du patient kha...ebi tina

Adhérent Conjoint Enfant Age 30/11/57

Date 23/10/2020

Date 1ère visite

Affection ou maladie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Cst Fo

300DH

PHARMACIE

Date 23/10/2020

Montant de la facture

T= 28,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

27-10-2020

3500D

CACHET

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

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

Homeopathie

Diplomée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلاة - العول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثالي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

Sur rendez-vous زيارة بالموعود

Casablanca, le : 23 octobre 2020

Mme KHALFI MINA

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Antireflets

VL : OD = + 1.75
OG = + 1.25 (- 0.25 à 175°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : OD = + 4.50
OG = + 4.00 (- 0.25 à 175°)

28,80

1/ ARTELAC COLLYRE



Rokene Line Production
Optical & Medical Equipment
Bd. Hassan II, 10000 Casablanca

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 21 jours

T = 28,80



BENMOUSSA Khadija

Chirurgien-dentiste-Homéopathe
Lottoissement Haj Fateh N°169
Appt N°1 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 53 36

ANNAJAH

نھارات النجاح



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

رکن الدين رضوان الإدريسى

شارع موديبو كيتا، بلوك ج

رقم 27 - الدار البيضاء

السجل التجارى : 352640

باتشان رقم : 36612796

الضربيه : 45525250

000885051000058 : ICE

المحمول: 06.64.27.21.94

N° 0000424

Casablanca, le 27.05.2023

M KHALFI MINA Doit

Docteur BENMOUSSA KH.

Nomenclature N° 732 - 733

VL OD : cyl sph + 7.78

OG : cyl sph (- 0.5 : 770) + 7.96

VP OD : cyl sph + 4.5

OG : cyl sph (- 0.5 : 770) + 4-

Verres : VL, OG, VP / RÉTROFLEX = 3000DH

Montures: plastique = 500DH

Facture arrêtée à la somme de : 3500 DH

Rokens Optic Distributions
Casablanca
Tunisie
Oujda
Ghardaïa

O OG

OOG