

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5096

Société : 13368A

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL SOUADI MOHAMED

Date de naissance : 11/11/1975

Adresse : 164 lot ISLAND CASA

Tél. : 0661296575

Total des frais engagés : 551,42 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. CHIHLANE CUKACHIA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
Maârif Extension 20370 - Casablanca
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2022

Nom et prénom du malade : EL SOUADI MOHAMED Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose / Maladie de Re却te / 88

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 :

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 Renseignement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 26/09/2012 | c.s. | | 300 dr | Ghizlane BENTAHAR SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 39, Rue Al Yousef, n° 10 Tel : 0522 23 55 59 - Fax: 0522 23 55 45 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Formuleur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE ALI MED ALI Dr. Ali EL JEDIDI Sidi Maârouf Casablanca Tél./Fax : 0522 97 32 16 GSM : 0661 60 54 68 | 26/09/22 | 251,10 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

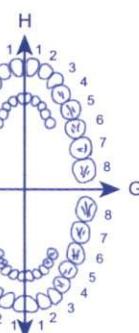
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

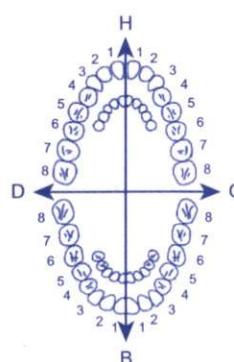
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

D

| | |
|----------|----------|
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(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

- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة. جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 26 septembre 2022

Mr. EL JOUAIDI Abdennasser

23,00

1/ OPTIPRED COLLYRE

3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours

180,00

2/ HYLOGEL

1 application 2 à 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

3 / Compresses chaude + Masque des paupières
4 / Laver au physi srum

Dr. Ghizlane OUKACHIA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
Maârif Extension, 20370 - Casablanca
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

PHARMACIE AHMED ALI
Dr. Ali SARLAI
Dr. MAARIF
Télé: 05 22 97 32 16
GSM: 06 61 60 54 68
Skype: 05 22 97 32 16

39, زققة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

180,00



2024-06-

LOT

302088.

PPC:

180.00 DH.

أوبتيرد
Optipred®

Lot: YK10008
Fab: 08 21
Exp: 08 23
PPV: 23 DH 40

LOT

G219394

2024 03

STERILE A

PPC 33,00 DH

