

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

(235667)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5582 Société : RHM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ACHMAOUR ABDELLAH

Date de naissance : 01/06/1988

Adresse : Hassan II

Tél. : 069 327 8914 Total des frais engagés : 529,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/2018

Nom et prénom du malade : ACHMAOUR Amine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 " " la vérité de toutes les informations des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

" " à la protection des données personnelles.

Le : 28/12/2018

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 Recouvrement des Actes
28/10/22 - CS			200 Dhs	EZ-ZAHRAOUI HANAN Spécialiste en Ophtalmologie INPE: 091249753

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SMARAI Tél. 06 22 61 83 24 SIDI KENZA CASABLANCA	28/10/22	310 Dhs MAMANI MOHAMMADI EZ-ZAHRAOUI HANAN CASABLANCA

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

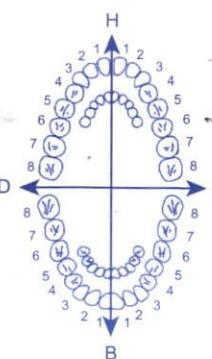
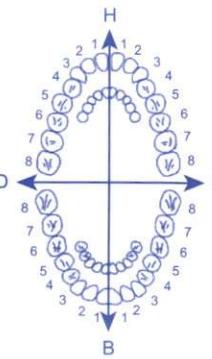
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
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

Dr Ez Zahraoui Manal

Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris

Praticien attaché à l'hôpital Cheikh Khalifa bin Zayed

Ancien Médecin au CHU de Rabat

Ancien Médecin au CHU de Bruxelles

Diplômée en Ophtalmologie Pédiatrique et Strabologie
de l'université de Marseille

Diplômée en Imagerie rétinienne, prise en charge du Glaucome
et adaptation en lentilles de contact des Universités de Paris



PHARMACIE SMARAI
BENNANI KENZA
Tél. 05 22 61 83 24 CASABLANCA
43 Bd ALI YAATA HAY MOHAMMADI

الدكتورة منال الزهراوي

طب و جراحة العيون
للكبار و الصغار

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة ملحقة بمستشفى الشيخ خليفة ابن زايد

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببروكسل

دبلوم في طب عيون الأطفال و الحالات المعقدة

دبلوم في أمراض الشبكية و اليماه الزرقاء و تغذيل

العدسات اللاصقة بجامعة باريس

28 octobre 2022

Casablanca, le

Mr. ACHMAOUI Amine



DEXAFREE UNIDOSES

1 goutte 6 fois par jour pdt 7jrs

1 goutte 4 fois pendant 7 j

1 goutte 3 fois pendant 7 j

1 goutte 2 fois pendant 7 j

1 goutte 1 fois pendant 7 j, dans les deux yeux



FRAKIDEX POMMADE

1 app le soir, dans les deux yeux



Boulevard grande ceinture, bloc Koudia 106 N°73, 1er étage, Hay Mohammadi, Casablanca
(En face du café Florida, station tramway M'dakra) - E-mail : drezzahraouim@gmail.com

Tél.: 05 20 79 20 79 - 05 20 74 20 74 - N° des Urgences : 0617 087 087



FRAKIDEX Pomp. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc PPV : 20,80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM