

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.



Declaration de Maladie

Nº W21-774911

148396

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>5281</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>KHAFIF</u>	ASSIA	
Date de naissance : <u>1959</u>	ACCUEIL	
Adresse :	A AARIN	
Tél. <u>0673203841</u>	07 FEV 2023	
Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin 		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :	Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>Charnierie de la hanche</u>	
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'afédecc conseil de la Mutuelle.		

Autorisation CNPP N° : A-A-215/2019

la protection des données personnelles.

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
8/12/12	Lavage		0	INP / ANNUAIRE 23817 ANNOU / 053594717123456789 TANDEM / 053594717123456789 tel : 053594717123456789

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Lot. Alquods Bloc 11 N° 12 Rue Imbawasse PES 00 0550 00 47 12  11.9.2022	08.12.2022	391,-.-

Dr. M. AMRHAH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



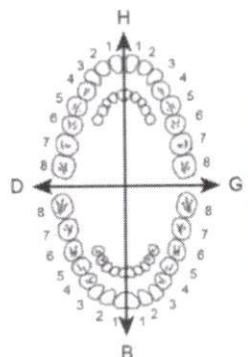
SOINS DENTAIRES

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

الدكتورة

اختصاصية في أمر
طبيبة بمستشفى عمر الإدريسي سابقاً

جراحة اجلالة - تصحيح البصر (لازير)

أمراض الشبكية - داء الزرق

أمراض العيون عند الطفل

تقويم الحول - مسالك الدموع

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

Ophtalmologie Pédiatrique - strabologie
les Lacrymales

RMA
19/DMP/21/NRQ/NDM

38 PPV : 58,00 DHS

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
0,3/0,1%
Boite de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sotthema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ

39,00

PHYLARM

lavage oculaire , 1 mois

35,70x2

TOBRADEX COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour, pdt 1 semaine
puis 1 goutte 4 fois par jour pdt 1 semaine
puis 1 goutte 3 fois par jour pdt 1 semaine
puis 1 goutte 2 fois / jour pdt 1 semaine
puis 1 goutte / jour pdt 1 semaine
puis arrêt

58,00

INDOCOLLYRE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour pendant 1 mois

54,40

TOBRADEX POMMADÉ

58,60 application par jour le soir, 1 semaine
LEFOX COLLYRE:

30,40 1 goutte 4 fois / jour pdt 10 jours

Rondelles oculaires

compresses stériles

A changer chaque matin

39,10

Laboratoires Sotthema
Tobradex® 0,3/0,1% cc
AMM N°: 524/ 98
Boite de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH.

Laboratoires Sotthema
Tobradex® 0,3/0,1% cc
AMM N°: 524/ 18
Boite de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH.

PPV : 58,60 DHS

Lefox® 0,5 %

Lémofoxacine

08 décembre 2022
Fès, le فاس، ي

Mme KHAFIF ASSIA

Traitements de l'oeil opéré



شارع الحسن الثاني، عمارة الوطنية، الطابق الأول رقم 101 - فاس - الهاتف : 05 35 94 22 98
Avenue Hassan II, Tour Al Watanya, 1^{er} Etage, Appt. N° 101 - FES • Tél : 05 35 94 22 98
E-mail : dranouneophthalmo@gmail.com