

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-783004

152872

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2990

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOLEIMANI FAM

Date de naissance : 1952

Adresse : AV. NEKNAG RFSR PALOMA BLANCA BLOC 3

ETG 6 N°6 TETOUAN

Tél. : 0662 859460

Total des frais engagés : 407,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

DR MONTASSER SAH
Ophtalmologiste
Chakib Arsalan Tétouan
Tel. 05 39 86 75 42

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/23

Nom et prénom du malade : Famme Soleimani

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Glycés

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 : TETOUAN

Le : 12/03/2023

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 |
| 03/3/23 | C2 | | 250 DH | INP : 1161111246897 |
| | | | | DR. MONTASSER SAIDI Ophthalmologiste in Arsalan Tétouan 06 75 42 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien Signature du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE D'ABRI | 03-03-2023 | 157,70 |

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | ODF PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| G | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Montasser Saoud

Maladies et Chirurgie des Yeux
Angiographie-Lasers

Diplômé de l'Université de Toulouse France



Ancien médecin au Centre Hospitalier Universitaire de Rabat

Ancien chef de service d'Ophthalmologie à l'Hôpital Civil



الدكتور المنتصر السعو

أمراض وجراحة العين
الليزر - تصوير الأوعية

خريج جامعة تولوز فرنسا

طبيب سابق بالمركز الصحي الجامعي بالرباط
رئيس سابق لمصلحة العيون بالمستشفى المدني
بتطوان

03 mars 2023

Tétouan, le: طوان في:

Mme SOLEIMANI Fama

33,60

AFLOX 250 MG



1 CP 2 FOIS / JOUR, pendant 5 jours

60,00

CILOXAN PMDE



2 APP / J, dans l'œil droit, pendant 10 jours

COMPRESSES HUMIDES CHAUDES

2 fois / j, dans l'œil droit, pendant 10 jours

54,10

LARMABAK: collyre



1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

157,70

PHARMACIE DAIRIA
Av. Mohamed Res La Porte Bloc B N°7 RDC
Tél: 00294367700096
ICE: 08 08 517 63

DR MONTASSER SAoud
Ophtalmologiste
9, Chakib Arsalan Tétouan
Tél: 05 39 96 75 42

PPV

LOT

PER

N° 6

33,60

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



CILOXAN® 0,3%
POMMADÉE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
Laboratoires Sethem
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855
692274 MA

شارع شبيب ارسلان، رقم 6

05 39 96 75 42

تطوان