

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>8126</i>	Société : <i>Retraite-</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>NAZARI AHMED</i>			
Date de naissance : <i>1939</i>			
Adresse : <i>Elmessouda Rue 35 N°11 cité Djama à Casablanca</i>			
Tél. : <i>05 22 57 67 88</i>	Total des frais engagés : <i>192,10 + 250 Dhs</i>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<i>DR. EZZALI 219, Avenue 14 Novembre 1955 Casablanca</i>		
Date de consultation :	<i>16/03/2023</i>		
Nom et prénom du malade :	<i>NAZARI AHMED</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>correction optique, affection oculaire</i>		
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 : *DR. EZZALI* Le : */ /*
Signature de l'adhérent(e) : *NAZARI AHMED*

RELEVÉ 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
16/03/2023			250DH	INP : 091196543

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td></td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433562</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G	25533412	21433562		00000000	00000000		<hr/>			00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																								
25533412	21433562																									
00000000	00000000																									
<hr/>																										
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B																										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda
Ophthalmologist

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech
- Diplôme Universitaire en OCT -Université de Bordeaux
- Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon - France

الدكتور الزهراوي محمد رضا
أخصائي في أمراض وجراحة العيون

- خريج كلية الطب بالرباط و مراكش
- دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكة - جامعة بوردو
- طبيب سابق بمستشفيات ليون - فرنسا

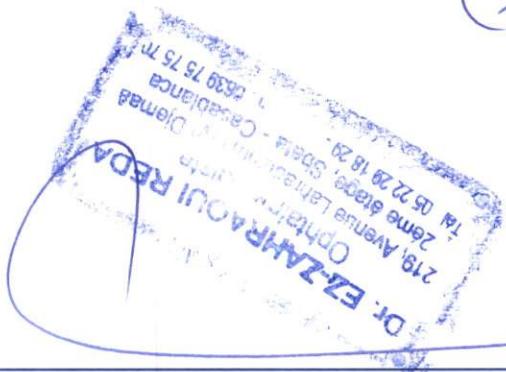
Casablanca le : 16/03/2023 الدار البيضاء في :

Y-Najai Ahmed

192, 12
Duchau

17/3 = 116 (renouvelé)

PHARMACIE KOUTOUZIA
Mohamed Réda
Doctorant en Médecine
Lotissement Madania Rue 24 N°104
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél: 05 22 29 18 23 - 05 22 57 30 24
Fax: 05 22 29 18 23 - 05 22 57 30 24



219, شارع الهراويين (المدنية) قرية الجماعة، سباتة، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء
219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité Djemaâ, Sbata 2^{ème} étage (au dessus de Pharmacie Erraha) - Casablanca
الهاتف: 06 15 68 31 23 / Tél.: 05 22 29 18 23 / المستعجلات : Urgences: 06 15 68 31 23



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 mcg/ml + 5 mg/ml

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 mL

**Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon**

**Boîte de l'Inacor
Sothema Bouskoura
BP 145 - 92100 Nanterre**

PPV : 192,10 DH

AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO

407393 MA