

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

A 60453

Déclaration de Maladie : N° P19- 0000786

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5398 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MESOUDI DAW Date de naissance : 08/12/1961

Adresse : Résidence C.I.L SQUARAT TM-H N°9 Rue JARAL Azrou

Tél. : 0661460415 Total des frais engagés : 468,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/2023

Nom et prénom du malade : MESOUDI DAW Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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.

12 MAI 2023

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 : _____

Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
19.04.2023	2		300,-	 Dr. M. S. TALAM Signature 19.04.2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 07, Rue des Roses A Cote Masjid Annour - Beaujardin 36 84 30 - Casablanca Tente: 34808192	19.06.23	168,410

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

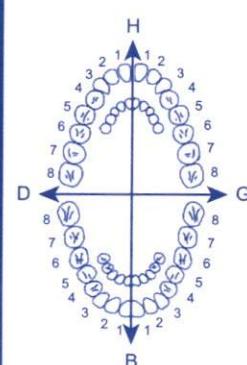
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض
و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب و جراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللابيز،
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع
فحص شبكيّة العين - تصوير الشبكيّة - تصوير الأوعية

اللابيز متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 19/04/2023

MESOUDI Driss

أوبتيبريد®
Optipred

Lot:	1	2	3
Fab:	03	22	
Exp:	03	24	
PPV: 23 DH 40			

23.40

- OPTIPRED COLLYRE

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

115.00

- Aqualarm U.P

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

BAUSCH + LOMB
Aqualarm® U.P.
intensive

Date FAB / MFG تاريخ الصنع /
تاريخ نهاية الصلاحية /
LOT رقم الحصة /

2022-10

2024-09

982

WOURQUIN
A Coté de
30- Beausejour
e:34808192

Driss MESOUDI
N° 18 étage 2ème
Elmoumen, Casablanca
Téléphone : 06 61 09 57 50
Mobile : 05 22 86 28 48



elmoumen, 2^{ème} étage N° 18
348 - GSM(en cas d'urgence) : 06 61 09 57 50
elmoumen@mail.com

مجمع المراج زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 18
الهاتف: 20 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 48
الهاتف المحمول (في حالة الطوارئ): 06 61 09 57 50