

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1952

Société :

162004

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MENNANI Ahmed

Date de naissance :

01-01-1951

Adresse :

5 IMM. 56 Hay Dakha, H. 11

Tél. :

06 22 62 95 72

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/08/2023

Nom et prénom du malade :

MENNANI Ahmed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

.....

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 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 : 03/10/2023

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
04/05/23 08			250000	Docteur EZ-ZAHRAOUI MAMAD Spécialiste en Ophtalmologie TPE: 091249755

étaillé
aires Cachet et signature du Médecin
attestant le Reclement des Actes
Docteur EZ-ZAHRAOUI MAMOUN
Spécialiste en Ophtalmologie
INPE: 091249755

EXECUTION DES ORDONNANCES

Gachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KHOZAM ALI 100, rue de la Monnaie 62100 ARRAS	04/05/23	1126,35

Sachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PT

CHARLES L. DAVIS
Ed. 20th Anniversary
Casablanca
Documentary Pictures
1000 • Anaris • May 1943
Copyright 1943

126.35

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Cachet et signature du général et du Régiment

Date _____

Désignation des coefficients

Montant

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Cachet et signature du praticien

Date de
Signature

84

nombre

**Montant détaillé
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux Montants des soins Date du devis Date de l'exécution
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

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



الدكتورة منال الزهراوي

طب و جراحة العيون

للكبار و الصغار

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة ملحة بمستشفى الشيخ خليفة ابن زايد

طبيبة سابقة بمستشفى الجامعي بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى الجامعي ببروكسل

دبلوم في طب عيون الأطفال و المحول بجامعة مرسيليا

دبلوم في أمراض الشبكية و المياه الزرقاء و تدريب

العدسات اللاصقة بجامعة باريس

04 mai 2023

Casablanca, le

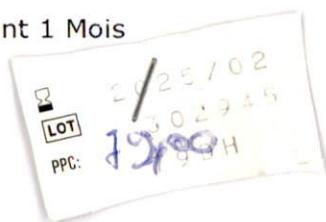
Mr MENNANI Ahmed

PHYSIODOSE

1 lavage oculaire 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 1 Mois

VITAPOSE

1 app par jour le soir, dans l'œil gauche, pendant 1 Mois



Docteur
EZ-ZAHRAOUI MANAL
Spécialiste en Ophtalmologie
INPE: 091249755

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