

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-803781

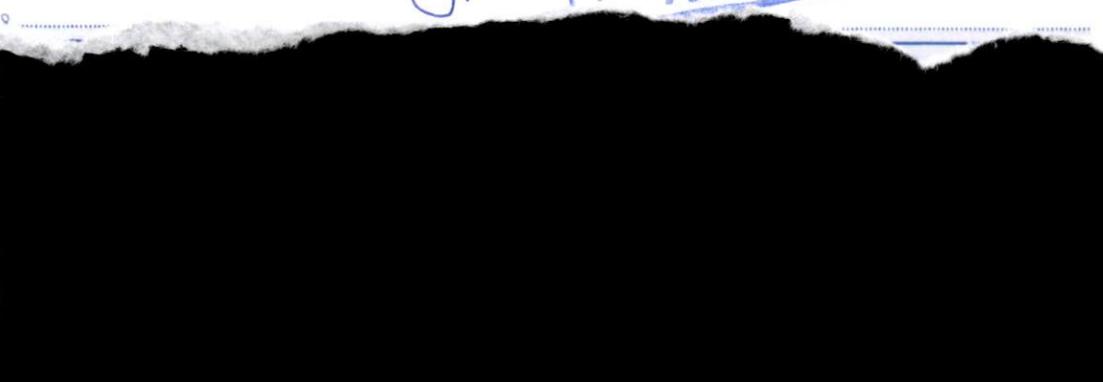
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>M226</u>	Société : <u>Ram</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>YASSINE KAMAL</u>
Nom & Prénom : <u>YASSINE KAMAL</u>		Date de naissance : <u>21/07/1971</u>	
Adresse : <u>0668914028</u>			
Tél. : <u>0668914028</u>		Total des frais engagés : <u>300 + 182,10</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>21/07/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ZACEROUNI F. BAH RA</u> Age : <u>42</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>hémorragie oculaire</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/05/23	182,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
					H	G																
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D	G																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B	B																					
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						

Dr ÂATOUF ABDELFETTAH

Ophthalmologiste

- ★ Spécialiste de la Chirurgie et Maladies des yeux
 - ★ Ex Medecin Ophtalmologiste à l'Hopital 20 Août
 - ★ Ex Chef du Pol medical et chef du service d'Ophtalmologie à l'Hopital Sidi Othmane
 - ★ Membre de la Société Française d'Ophtamologie

الدكتور عاطوف عبد الفتاح

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

- * طبيب امراض و جراحة العيون سابق مستشفى 20 غشت
 - * رئيس القطب الطبي ورئيس قسم امراض و جراحة العيون
 - سابقاً مستشفى سيدني عثمان
 - * عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

Casablanca le :

Nom :

مركز امراض و جراحة العيون

* عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

سابقاً بمستشفى سيدني عثمان

سابقاً بمستشفى سيدني عثمان

35,70 - Tobrake Colly - SV

54,40 - Tobrake - SV

92,00 - Organe 325 - SV

182,70 - MP/1 - (A) - SV

ANTOUF A. Chirurgie
Spécialiste des Yeux
Spécialités Casablanca
Rue 10 N° 28
RDC Imm. 1
GH 41 Complexe
Ras. El Batta II
Sidi Othmane
CASABLANCA

ARMACIE HAY A
AIDA

276. شارع رضي اكديرة (النيل سابقا) قرية الجماعة قرب السنديما المدنية فوق الشركة العامة المغربية للأبنان - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس: 05 22 57 58 59 / النقال (المستعجلات): 06 61 18 94 79

276 , Bd Reda GUDIRA (Ex Nil) cité djamaâ à côté cinema **AL MADANIA** Casablanca

Tél / Fax: 05 22 57 58 59 / GSM : 06 61 18 94 79 (Pour les Urgences)

OXYMAG® 375 mg

Magnésium manganoglycinate & malate. Vf 82.40

Lot / Batch n° :

23075 02/26
92.00

PPC (DH) :

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

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

6 118001 070602
690206 MA



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/NRQ
Boîte de 1 flacon.
PPV: 35,70 DH

406836 MA





DUPLICATA

محل المدفوعات

achat))))

31/05/23

19:14:49

9900918906

99189001

PHARMACIE HAY AL BAIDAA

Casablanca

A0000000031010

*****5067

VISA

CARTE LOCALE

221-0-9999-1-44

MONTANT :

182,10 MAD

Num Transaction : 003

Num Autorisation : 692800

STAN : 000542

TICKET CLIENT