

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 13418		Société : RATM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : Bennajib Céline		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 07/07/1993			
Adresse :			
Tél. : 0662 875 675		Total des frais engagés : 368 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 15/08/2023	
Nom et prénom du malade : BENNAJIB BEN ABDELLAH	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

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 :

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
15-08-2023	3		300 DH	INP : 09M56989 Dr. LAOSSI Professeur en odontologie Boulevard Abdelloumen 15 Rue Koutoubia Casablanca Tel: 05 22 99 45 00 / 05 22 99 00 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

PHARMACIE SEKKAT
Dr. SEKKAT MOHAMED
Lot. AMAL 1 - Lot N° 315
TIT MELLI - Tél: 06 12 18 19 14

Date
15/08/23

Montant de la Facture

68,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

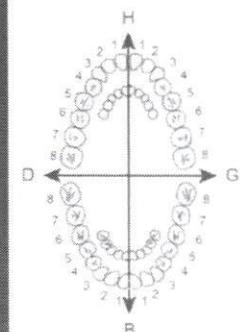
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

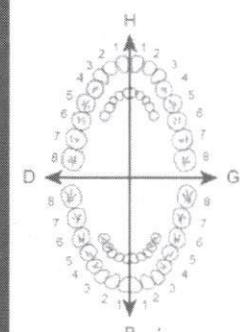
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	26533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	35533411
G	00000000	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Professeur N. LAOUISSI

الأستاذة لعويسى ن.

Spécialiste en ophtalmologie
maladies et chirurgie des yeux
Ex professeur à la Faculté de Médecine
et de pharmacie de CASABLANCA
Ex attaché au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aérospatiale

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقة باليستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

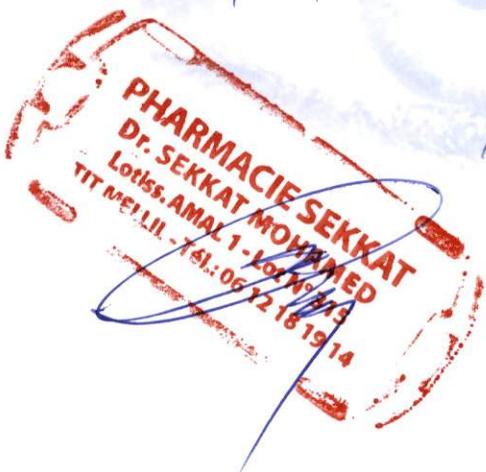
15-8-2013
Casablanca, le :

BENAZIR ouel

G.P Dr. Abdeloued Genu

S.V

Age 31 x 16 J



Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en ophtalmologie
76, Boulevard Abdelmoumen
Res Koutoubia Casablanca
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1er Etage, Casablanca

Tél: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

Date de première ouverture
تاريخ أول فتح

ديكلوسيد 1 مغ/مل AR

محلول قطرات للعين
قارورة 10 مل

ديكلوفيناك الصوديوم 1 مغ
 ل 1 مل

قائمة السواغات:

ريسينوليات الماكروغول غليسيرول،
 تروميتامول، حمض البيريك،
 للمستحضرات للحقن.

السواغ ذات التأثير المعلوم:

ريسينوليات الماكروغول غليسيرول.
 عن طريق العين.

قراءة النشرة قبل الاستعمال.

احتفظ بالدواء بعيداً عن مرأى
 وتناول الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز
 25 درجة مئوية.

بعد الفتح، تحفظ القطرات لمدة
 أقصاها 8 أسابيع.

رقم مقرر التسجيل بالمغرب : MA

138/17DMP/21/NRQ

DICLOCED 1 mg/ml

Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا يبتلع - لا يحقن
احترم الجرعات الموصولة

LISTE II - Uniquement sur ordonnance
قائمة 2 - إلا بوصفة طبية

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

ممنوع السياقة

قبل قراءة التعليمات



• Th

