

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

- Réclamation : 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 : 1468 Société : RETERRIT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF BABA

Date de naissance : 18/11/1983

Adresse :

Tél. : 061109638 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03.10.23

Nom et prénom du malade : Moutjane Amine

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Glaucome

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HENOCH

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 670712091

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 : 15/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : J.A.



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
03/10/23	Consultation		30000	DR. JAHAN OPHTALMOLOGIST Abdelouahab Ghanem Vial. 001

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien OU du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR PHARMACIE M. M. Casablanca 0522 31 06 81</i>	08/10/23	420.30
<i>DR PHARMACIE COURSE 0522 31 06 81</i>	03/10/23	430.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Bachet 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]												
			MONTANTS DES SOINS [Empty box]												
			DEBUT D'EXECUTION [Empty box]												
			FIN D'EXECUTION [Empty box]												
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 style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]												
			MONTANTS DES SOINS [Empty box]												
			DATE DU DEVIS [Empty box]												
			DATE DE L'EXECUTION [Empty box]												

Docteur Adil WAHIDY

الدكتور عادل وحيد



Ophtalmologiste

Chirurgie de la cataracte (phako)

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الملاحة - الخول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

03/10/2023

Casablanca, le :

MOURJANE Amina

- LATANO COLLYRE fl

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux,
10.10

AZARGA COLLYRE n2

1 goutte 1 fois par jour le soir dans les deux yeux pdt 2 mois

19430x2

49070

البيضاء البروف

PHARMACIE DE LA BOURSE

Dr Rachid Dounia

117 Bd. Mohammed V

Tél.: 0522 31 06 81



Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن

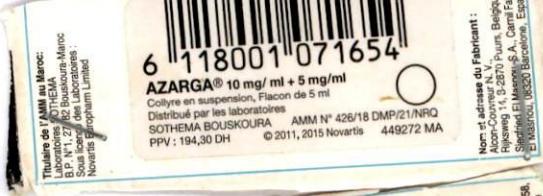
زاوية شارع أنواو و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الطرامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com



Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



الدكتور عادل وحيد

اختصاصي في طب و جراحة العيون

جراحة الملاحة - المول - مساك الدموع

داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

03/10/2023

Casablanca, le :
MOURJANE Amina

- **TRAVATAN 40µg COLLYRE (Travoprost) fl n3**

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux, pdt 3 mois

140.10x3

420.30

PHARMACIE DE LA BOURSE
Dr Rachid Dounia
111 Bd. Mohamed V
Tél: 0522 31 06 81

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Abdelmoumen Center
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
Casablanca
Télé: 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن
زاوية شارع أنواش و شارع عبد المؤمن الطالق الثاني الرقم 211
محطة الطرامواي عبد المؤمن
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH