

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.

M23- 0028855

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924

Société : RAM

ND
AOB 5/20

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHYANE EL HADJ

Date de naissance :

01/01/48

Adresse :

63 Etablissement Amal 4 Rue Soltana 2
Bd. Omar Ben KHATTAB Sidi Maârouf Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : 537,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/12/2023

Age : 1998

Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Affection oculaire

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 :

M 27 DEC 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
19/12/23	CS		250	Dr. YOUSSEF Mermene Ophthalmo-Optique 52 Bd. Khalil Hay Casablanca 091175622

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE INES BENCHIRHI B. Dr En Pharmacie Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 24 CASA - TEL 0522 50 24 80	19/12/23	53700 c

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

DENTAL TREATMENT PLAN

ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS	

DEBUT D'EXECUTION	

FIN D'EXECUTION	

CCEFFICIENT DES TRAVAUX	

MONTANTS DES SOINS	

DATE DU DEVIS	

DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Merieme ZRYOUIL

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voies Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

اختصاصية أمراض
و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (جلالة) بالليزر

سكرى العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

الدموع

سيادة

P.P.V : 89,5 DH
Fabricant / المصنع
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV
RIJKSWEG 12
2870 PUURS
BELGIQUE

P.P.V : 89,5 DH
Fabricant / المصنع
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV
RIJKSWEG 12
2870 PUURS
BELGIQUE

PAA193075

P.P.V : 89,5 DH
Fabricant / المصنع
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV
RIJKSWEG 12
2870 PUURS
BELGIQUE

PAA193075

P.P.V : 89,5 DH
Fabricant / المصنع
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV
RIJKSWEG 12
2870 PUURS
BELGIQUE

PAA193075

Le : 19 décembre 2023

في

Mr. LAHYANE El Hadj

88.50x6

XALACOM: COLLYRE

1 goutte par jour le soir à 9h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

S3AT10c

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52 Bd. el Khalil Hay M.
Abdellah Casablanca
Tel: 05 22 52 38 42

PHARMACIE INES
بنچيكه ايناس
Dr. En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 66 24 80

PHARMACIE INES
بنچيكه ايناس
Dr. En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 66 24 80

PHARMACIE INES
بنچيكه ايناس
Dr. En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tel 0522 66 24 80



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : IAHYANE EL HADJ

Matricule : 2924

N° CIN : BAO7788

Adresse : 03 lotissement amane 4 rce soltaner 28^e arrondissement PARIS
Sidi Mounir 0757

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : DR ZYROURI M'hamede Spécialité : Ophthalmologie

Nº ICE: 001618611 000077 INPE: 091175422

Certifie que Mlle, Mme M. : LAHYANE EL HADJ

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

es et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :
Glaucome chronique à Angle ouvert
Atteinte du champ visuel + Atteinte à 0 et

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Xalacom 1g He le son / 08/06 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASABLANC le 19/12/2023

Cachet et signature du médecin traitant

ST. ZEFYRUS MC
Ophthalmologist
M. Khanil Hay M
52-2842

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées