

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.

M22- 0030950

192864

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4829

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 74 15 38 39

Total des frais engagés : 560,40 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CASA

Le : 9/11/2021

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 Purement des Actes
29.12.2023			300,-	Mohammed MOLOK Attestation et Ad. Ass. CASA ALIANCA N° 14 - Caza de Almouzaine CSA-006195750

Cachet et signature du Maire attestant le dépouillement des voix.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WATO 163, Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba) Verb Ghellaf - Casablanca Tél. 0522 25 16 07	29/12/23	206,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

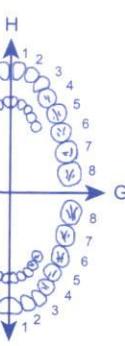
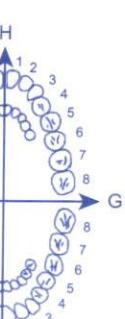
AUXILIAIRES MEDICAUX

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre des maladies & Chirurgie des yeux

مركز الامراض
و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angioscopie
OCT / Laser (ARGON multisonde)
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

PHARMACIE WATO

163 Rue Habacha

(Bd Day Ould Sidi Baba)

Bd Ghellaf - Casablanca

Tel: 0522 25 18 07

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلاة بالليزر.

و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 29/12/2023

MARIKH Latifa

68,80 X 3

- CARTEOL L.P 2 % (Cartéolol) fl de 3ml
1 goutte, le matin, dans les deux yeux, pendant 3 mois

= 206,40

PHARMACIE WATO
163 Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Bd Ghellaf - Casablanca
Tel: 0522 25 18 07

Dr. M. MIKOU
AL MIARAJ Center, Angle Bd. Abdelmoumen, 2^{ème} étage N° 18
Tél. : 05 22 86 28 20 / 05 22 86 28 48 - GSM(en cas d'urgence) : 06 61 09 57 50
E-mail : dr.mohammed.mikou@gmail.com

مجمع المراجع زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 18

الهاتف : 05 22 86 28 48 / 05 22 86 28 20

الهاتف المحمول (في حالة الطوارئ) : 06 61 09 57 50

CARTEOL L.P. 2% ○ رقم اللعنة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM K1154
6118001270040 PPV : 68.80 DHS 09-2023
66670

CARTEOL L.P. 2% ○ رقم اللعنة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM K1154
6118001270040 PPV : 68.80 DHS 09-2023
66670

CARTEOL L.P. 2% ○ رقم اللعنة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM K1154
6118001270040 PPV : 68.80 DHS 09-2023
66670