

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Ag5378

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricole : 11459		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MEXBOUL Hind Fatima		
Date de naissance : 04/03/76		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 24/02/2019		
Nom et prénom du malade : Age:		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : AFFECTION Oculaire		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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'at ^t médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 29/02/2019

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
29.01.2014	Consultation	1	300,00	DR. HAMDI OPHTALMO Boulevard de la Marne - 76000 Rouen Téléphone : 02 35 26 83 71 Fax : 02 35 26 83 71 E-mail : drhamdi@wanadoo.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE NICE 1 AV Nice Résidence Bourgogne-Française RDC Mg N°3 Bourgogne-Française Tel. 05.22.94.92	27/01/24	346.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficie des trav/
					MONTAN DES SOIN
					DEBU D'EXECUT
					FIN D'EXECUT
O.D.F ROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficie des trav/
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B		MONTAN DES SOIN
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DI DEVIS
					DATE DI L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Hamidi Basma Ophthalmologiste

Diplomée de la faculté de médecine de Casablanca



Ancien Interne Du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Chirurgie de la Cataracte - Chirurgie Réfractive
Kérotocône - Lentilles de Contact - Chirurgie des Voles
Lacrymales - Maladies de la Rétine - Échographie
OCT et Lasers

الدكتوره بسمة حميدي
طب في خدمة العيون

فرع كلية الطبي و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
جراحة الجلالة - تعميم البصر - القرنية المخروطية - العدسات
اللاصقة - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير
الشبكية - الليزر

27 janvier 2024

Enf. SERRAR Rita Ines

90,00

NAVIBLEF DAILY CARE

1 soin des paupières à rincer abondamment avant d'ouvrir les yeux ,
dans les deux yeux, pendant 21 jours

M 1,80
LOTEMAX

1 goutte 3 fois par jour pd 5 jours
1 goutte 2 fois par jour pd 10 jours
, dans les deux yeux, pendant 15 jours

PHYLARM

serum pour lavage oculaire matin & soir
et au besoin devant toute irritation oculaire , dans les deux yeux

Rondelles oculaires adhesives

oculines 3h à 11

10
11

→ 46,50

Résidence Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd Mohamed Sijlmasi, 1^{er} étage, N° 1 Bourgogne - Casablanca

تقاطع محطة نيس وشارع محمد السجلامي، إقامة نورموندي 2، الطابق الأول، رقم 1، بوركون - الدار البيضاء - المغرب

📞 : 05 22 36 02 36 - 📩 : 06 62 06 63 77 - 📩 : drhamidibasma@gmail.com

PHARMACIE NICE
Résidence Bouraria
N° 3 Bourgogne-Casa
Tel: 05 22 94 93 39

Dr. HAMIDI Basma
Résidence Normandie 2, Angle Av. Nice et Bd. Mohamed Sijlmasi, 1^{er} étage, N° 1 Bourgogne - Casablanca
Téléphone: 05 22 62 06 63 77 / 0522 36 02 36

Date Fab. : تاريخ الصنع
Date Exp. : تاريخ الانتهاء
Lot : الحصة

0 / 2023
6 / 2025
963V1



HER MEDIC
PPC
104.00 DHS
16 unidos
10 ml