

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 :	8741	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	N.G
Nom & Prénom :		JAAFAR SI ELHASSANE	
Date de naissance :		26/11/67	
Adresse :		N° 4 Rue N° 4 AL PODS 3 LISSASA CASA	
Tél. :	0661456897	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	10 JAN. 2024		
Nom et prénom du malade :	JAAFAR SI ELHASSANE Age:		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affektion		
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'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 : 11/03/2024
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
10 JAN. 2024	CS	1	3000	Dr. Dania SBAJ Opticien 84, Bd Mly Dri Tél: 05 22
				INPE: 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SARAJU SARAJU 10 Lot Smaïl Al Lissasfa Casablanca 15 22 65 20 07</i>	<i>20/10/04</i>	<i>49,18</i>

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.																				
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																
		DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>																
		FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>																
	ODF PROTHESES DENTAIRES																			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/>
	H	25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
	D	00000000	00000000																	
	B	35533411	11433553																	
	G																			
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<input type="text"/>															
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>																

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie
Laser - Lentilles de contact
Phacoémulsification - Strabologie
Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة الساد (الجلالة)
بالمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 10 janvier 2024

Mr JAAFAR Si El Hassane

23,00
OPTIPRED



1 gtt / h x 48 h

1 gtt x 8 / j x 48 h

1 gtt x 6 / j x 5 j

1 gtt x 5 / j x 5 j

1 gtt x 4 / j x 5 j

1 gtt x 3 / j x 5 j

26,00
STERDEX pommade

1 application le soir au coucher x 12 soirs

43,80
dans l'œil droit

PHARMACIE SARANAZ
SAKLAU
140 Lot Smitalda Zissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd M^e Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

أوبتيبرد®
Optipred®

Lot: AA 0106
Fab: 12 22
Exp: 12 24
PPV: 23 DH 40

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
ألا ت \

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - لا يوصى به

Soyez prudent
Ne pas confirmer
dans avoir lu la notice
منتهى الصلاحية
قبل فراغة التقطيعات



ستيردекс
+ الحمل
= خطر
STERDEX
+ GROSSESSE
= DANGER

لا يجب استعماله لدى المرأة الحامل
إلا في حالة غياب بديل علاجي
Ne pas utiliser chez la femme
enceinte, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique

Sterdex®
12 récipients unidoses

