

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 :	<i>01404</i>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		<i>NORREDINE Saïd</i>	
Date de naissance :		<i>01-01-94</i>	
Adresse :		<i>3 Rue Abou Abas à l' Doctori France 11e à Casablanca</i>	
Tél. :	<i>0683132848</i>	Total des frais engagés :	<i>1433,85 Dhs</i>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<i>10/02/2024</i>
Nom et prénom du malade :	<i>LAMANI AYAD NORREDINE SAID</i>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<i>Affection Oculaire</i>
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 : *casab*

Le : *10/02/24*

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 Spécialiste du Paiement des Actes
20/02/24 CS			600,00	<p>DR. I.KHLOUFI SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX 18, Avenue Stendhal - Casablanca Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 051288304 Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALOUSSIA CASABLANCA 126, Rue Dom Perignon Franceville 2 Casablanca	20/02/24	PHARMACIE AL ANDALOUSSIA CASABLANCA 126, Rue Dom Perignon Franceville 2 Casablanca

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					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



PT230504141332

20 février 2024

Mme LAMNAWAR EP NORREDINE SAIDA

47.75

PHYSIODOSE 12 unidoses 5 ml gn

SV

Lavage oculaire matin et soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

70,10 x 2 = 140.20

ZALERG ou OPATANOL ou LEVOPHTA: collyre

1 goutte x 2 / jour , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

35.20

TOBRADEX: collyre cl

SV

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

139.00 x 6 = 834.00

XILOIAL

SV

1 goutte x 4 / jour , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

76.20

AZYTER. collyre

SV

1 goutte 2 fois par jour matin et soir. pendant 3 jours puis arret 7 jours (1 cure) : 2 cures par mois pendant 2 mois puis 1 cure par mois pendant 2 mois, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

TARJETTE ALANDALOUSSIA
CASABLANCA 85
126, Rue Dom Pérignon Franceville 2
Casablanca

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca

Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51

E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

PHARMACIE ALANDALOUSSIA
126, Rue Dom Pérignon Franceville 2
Casablanca

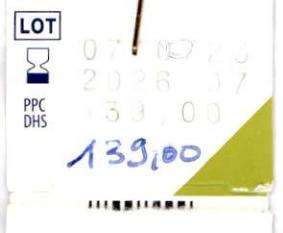
Dr. Maryam EL IKHLOUFI
Ophtalmologiste
Spécialiste en Chirurgie des Yeux
Maladies Ophtalmologiques
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Casablanca



PPV: 70,10 DH



139,00



139,00



139,00



139,00



139,00



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI