

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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.

École: Acadie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

N° 36956

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024675

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5103

Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S. E. NOUSSI MAMOUR

Date de naissance :

(18/02/1944)

Adresse : 6, Rue Rengomard laideuse Gribman

Tél. 0661952412

0522363786

Total des frais engagés : 221,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Reda MIKOU

Chirurgien Ophtalmologiste

18, Avenue Stendhal - Casablanca 5e

Tél. : (+212) 0522 47 15 94

E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/06/2020

Nom et prénom du malade : EL OURY EP. SENOUSSI Jamila Age : 74 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

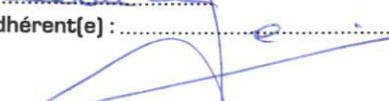
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/06/2020



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
24/10/12	Cs		Gradant	Dr. H. MILKOU Chirurgien Ophtalmologiste 12 Avenue Sieradhal - Casablanca - Maroc Tél: +212 0522 47 15 94 Email: frankou@cliniquevesternity.com
CT				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

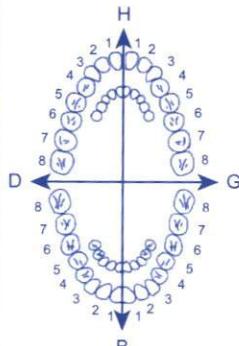
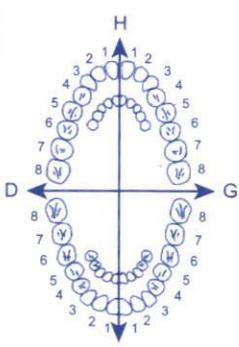
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				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

24 juin 2020



PT160400240

Mme EL OURY EP SENOUSSI Ja

Traitements de l'oeil opér

1/ PHYLARM / Compresses Steriles

1 lavage x 2/J pendant 2 semaines

2/ CHIBROCADRON COLLYRE

1 goutte x 4/j pendant 1 semaines ; puis X3/J , 1 semaine , puis x2/J 1 semaine puis x1/j 1 semaine

3/ MYDRATICUM COLLYRE

1 goutte x 2 /j pendant 1 semaine

4/ TOBRADEX POMMADÉ

1 fois /j soir pendant 1 semaine

5/ PANSEMENT OCULAIRE

A changer chaque matin

6/ SPECTRUM 250 mg

1 CP x2/J pendant 5 jours



Dr Heda MIKOU
Chirurgien Ophthalmologist
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 0522 471596
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm

HER MEDIC
PPC
83.00 DHS



16 unidoses de 10 ml

À chaque fois
que l'œil est irrité

REF OPHDCO.100

D.m.a: 07/2019

BTRO01/V²

■ 2019-10 ■ 2024-09 ■ 520
■ 000051 ■ 00025



9, Avenue de Chartres, F-28000 Chartres, France
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39
E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 mL boîte de 16



3 700288 600042

LOT 00102
PER 2023-01

MO152 - 2017-06 - PN : 930-1033/01.