

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothèse :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044003

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000845 Société : Ven. Ve
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Ven. Ve
Nom & Prénom : FAOULI TOUDA
Date de naissance : 1951
Adresse : SCDE EL KHADRA RUE 37 N°4 H.H CASA
Tél : 06 64 78 24 71 Total des frais engagés : 399,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 16/11/2020
Nom et prénom du malade : FAOULI TOUDA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : cat. secondaire
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 : 23/11/2020
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
16/11/2020	C		20000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2020	119,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

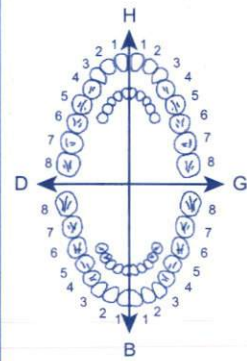
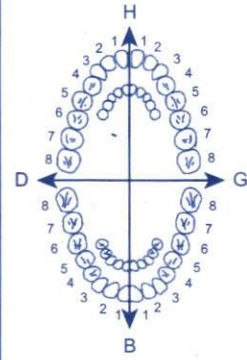
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(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

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر....

Casa le : **16 Novembre 2020**

Mme FAOULI Touda

149,00

LUMIXA COLLYRE



1 GTT 3 FOIS/ JOUR, les deux yeux, 1 Mois

Ts 149,00

PHARMACIE JAMAI
Ensemble Imm. Oulfa
GH 15 Im R 80 N° 1 Oulfa
Hay Hassan - Casablanca
Tél: 0522 93 30 25

Dr. BOUKSIM M.
OPHTALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11

environnemental ou visuel.

LUMIXA® peut être utilisé avec des lentilles de contact

Comment utiliser

Instiller une ou deux gouttes dans chaque œil plusieurs fois par jour ou selon un avis médical.

Composition

0,15% d'acide de sel de Sodium Hyaluronique réticulé, liposomes, Crocine, sel disodique d'EDTA, solution isotonique (pH 7,2).

Précautions

- Lavez-vous soigneusement les mains avant d'utiliser le produit.
- N'utilisez pas le produit si vous êtes allergique ou hypersensible à l'un des composants.
- Fermez bien la bouteille après utilisation.
- Ne pas utiliser le produit en cas de lésions cutanées.
- Ne pas utiliser les produits après 60 jours d'ouverture.
- N'utilisez pas le produit après la date de péremption indiquée sur la bouteille.
- Tenir à l'écart des sources de chaleur et de la portée des enfants.
- Ne pas ingérer.
- N'utilisez pas le produit si l'emballage ne semble pas intact.
- En cas de réaction indésirable, cesser l'utilisation du produit et consulter votre médecin.
- Veillez à ce que la pointe de la bouteille n'entre pas en contact avec les yeux.

10 ml

 **Omisan** farmaceutici
via G. Galilei, Guidonia M. (Rm) - Italy
www.omisan.com

CE
0051

STERILE A



Rev. 01/2018

 **OPTOMED**

Optomed Srl 10, Rue de liberté aprpt 6
Casablanca - Maroc

FBVISION
Ophthalmic Pharmaceuticals

FB Vision Srl Via Piceno Aprutina 47
Ascoli Piceno - Italy

fb-vision.it

F274 Rev. 27/09/2018