

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.

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

aire :

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

clamation : contact@mupras.com

se 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 personnelles.

Maladie

Dentaire

Déclaration de Maladie

Nº P19- 063763

ND: 49 273

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1490

Société : Rm

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEUBAÏS

IKHALIL

Date de naissance : 01/09/1951

Adresse : 635 Rue Gouraud Casablanca

Tél. 0522 600 418

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/11/2005

Nom et prénom du malade : Khididja El Belkhefate Age :

Lui-même Reda MIKOU Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Chirurgien Ophtalmologiste, 18, Avenue Stendhal Casablanca SC, Tél. : (+212) 0522 47 15 94, E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Contraire à l'avis du praticien, 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

Le : 24/11/2010

Signature de l'adhérent(e) : Rm



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
24/11/2020	Cs	gratuité		<i>Dr R. MIKOU</i> Chirurgien Dentiste 18, Avenue Stendhal - Sassenage 0422471590 E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacien AL MAWLID Abou Hassan SAHIB Extention 107122</i>	24/11/20	230,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

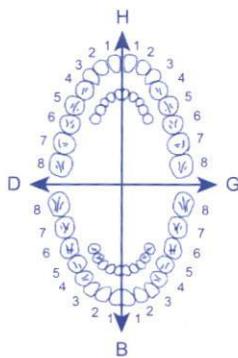
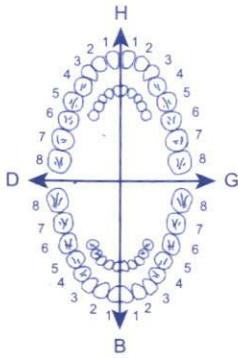
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ordre de service.

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 35533411 11433553 B	G	
	(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'

Dr. Reda MIKOU
Ophthalmologist
Vitreo-Retinal Surgery



Ancien interne des hôpitaux de France
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology
Diplôme de Chirurgie Vitreo-Rétinienne - Dijon
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII

الدكتور رضا ميكو
طبيون
أخته صي في جراحة الشبكية



PT1901001665

24 novembre 2020

Mme KHIDIOUI EP BELABBES Fatima

Traitements de l'œil onéré

1/ PHYLARM / Compresses Steriles

1 lavage x 2/j pendant 2 semaines

HER MEDS

PPC

99,00 DHS

99,00

2/ CHIBROCADRON COLLYRE

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

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
3,5G
Boîte de 1 tube PPV: 54,40 DHS
Laboratoires Sotéma Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/119Q

3/ MYDRATICUM COLLYRE

1 goutte x 2 /j pendant 1 semaine

6 118001 070602
69020-4

4/ TOBRADEX POMMADE

1 fois /j soir pendant 1 semaine

5/ PANSEMENT OCULAIRE

A changer chaque matin

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

AMM. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

6/ SPECTRUM 250 mg

1 CP x2/J pendant 5 jours

6 118001 071425

Dr Reda MIKO
Chirurgien Ophthalmolog
18, Avenue Stendhal - Casabla
Tél. : (+212) 0522 472 475
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

AMM. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

B-good®



PANSEMENT OCULAIRE / AUTOCOLLANT

ضمادة للعين/ ذاتية الالتصاق

6,5cm x 9,5cm

But d' utilisation

Il est utilisé pour les soins oculaires après l'opération et pour traiter les affections allergiques de la lésion oculaire.



1



2



3

طريقة الاستخدام

تُستعمل في العناية بالعين بعد العمليات و في
علاج حالات الحساسية و في حالات متصلة
بجروح العين

Mode d' emploi

- Ouvrez le paquet tout doucement
- Enlevez les pansements avec des mains propres
- Mettez les pansements dans la parties des plaies

طريقة الاستخدام

افتح العلبة بحرص

أزيل ضمادة الإسعافات الأولية بأيدي نظيفة
ضعها على المنطقة المراد لصقها بها



REF B6905

TKP.NO: BMC6905

HONNES

Made in Turkey

de. Okklusionspflaster

fr. Pansement Oculaire

es. Parche ocular

it. Cerotto oculare occlusivo

nl. Occlusiepleister

pt. Penso oclusivo

ua. Пластир для ока

ru. Глазной пластырь

ar. ضمادة للعين

18.00

07.2019

07.2024

19072401

LOT

W

E

U

M

L

A

S

T

Y

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

P

Q

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

T

S

R

Q

P

N

M

L

K

J

I

H

G

F

E

D

C

B

A

Z

Y

X

W

V

U

<