

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ■ 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
23077			
Matricule :	51.03	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JADIR LEILA			
Date de naissance : 26/11/62			
Adresse : 2, 1 ^{er} les Arènes, Résid 21, 1 ^{er} ét., n° 15 Casablanca			
Tél. : 0661 173321 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Docteur Dahir El BARDAI			
OPHTHALMOLOGISTE			
219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardei Maârif - CASABLANCA			
Tél: 05.22.94.95.39 / 06.61.17.77.01			
11 DEC. 2019			
Date de consultation : 11 DEC. 2019			
Nom et prénom du malade : JADIR LEILA Age : 57 ans			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : + C XLON			
Nature de la maladie : Glaucom			
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 **Le :** 11/12/2019
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEILL

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
11 DEC. 2019	CS	250 DIF	INP 091048249	Doktor Dafir EL BARDAI OPHTALMOLOGISTE 219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bordai MOAÏN - CASABLANCA Tél. 05.22.94.95.39 / 06.61.17.72.01

EXECUTION DES ORDONNANCES

PIN Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Quartier Romaine 05 22 36 28 24 - Casablanca	11/12/19	T : 230,00
HARMACIE BENNIS Nadira BENNIS 16 Bd. des Azurans et Af Naim 022 84 45 30 - CASABLANCA	11/12/19	T : 1150,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

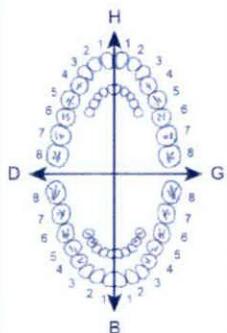
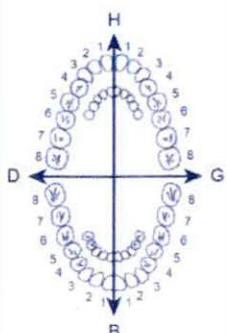
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
				<input type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				<input type="text"/>									
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/>
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BARDAI Dafir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabismes, Micro-Chirurgie, Lentilles
Angiographie, Laser

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse. FRANCE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Hassan II des Spécialités. Laâyoune

الدكتور البرداعي ظافر

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهريّة، العدسات

تخطيط الأوعية، لازر

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات تولوز. فرنسا

طبيب رئيسي سابقًا لقسم أمراض وجراحة العيون
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

Casablanca, le

11 DEC. 2019

الدار البيضاء، في

M E Leila

JADIB

QST six ans

Chettia

OD + OC

HARMACIE HYPER
Nadia BENNIS
10 Bd. 8W Azemmour et Af Abdesslam
022.94.95.39 - CASABLANCA

~~230.00~~
~~150.00~~

230,00

TS

GF Troyan

- syn

AS

Agum

l sur

en continu

DENTISTE DAFIR, Maârif
Résidence EL BARDAI
5, Rue Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05 22 94 95 39 - Casablanca

Docteur Dafir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai
Maârif - CASABLANCA
Tél: 05 22 94 95 39 / 06 61 17 72 01

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot :

9HSG1A

Fab :

07-2019

EXP :

07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot :

9HSG1A

Fab :

07-2019

EXP :

07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot :

9HSG1A

Fab :

07-2019

EXP :

07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot :

9HSG1A

Fab :

07-2019

EXP :

07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot :

9HSG1A

Fab :

07-2019

EXP :

07-2021

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV
PPV : 230 DHS



406151

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml
collyre en solution

travoprost

2,5 ml

Alcon®

Lot :

9HSG1A

Fab :

07-2019

EXP :

07-2021