

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-573354

56201

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 5628 Société : RA-5

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : OUA RACH HABIBA

Date de naissance : 5/11/1968
Adresse : 51 Rue EL KOUZAN ETG2 APP6
BREUZE TOUR CASABLANCA

Tél. : 0663497193 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 DEC. 2020
Nom et prénom du malade : OUA RACH HABIBA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Afarai MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 JAN 2021

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 : / /

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 attestant le Paiement des Actes
16 DEC 2014	9		250/-	INP : 091062729 الخاص في مراقبة ZOUHAIR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Résidence 063781 Montant de la Facture
	16/12/2	838.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

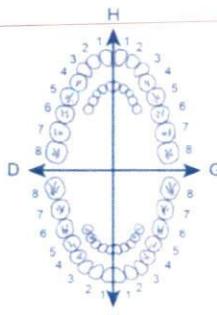
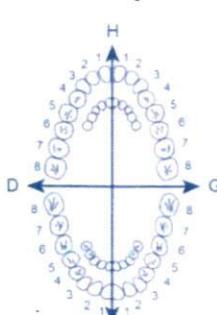
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										



دكتور سيدى محمد الزهيري

Dr. Sidi Mohammed Ezzouhair

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Lauréat de la faculté de médecine Bordeaux II
Titulaire de C.E.S. de biologie humaine
Ancien interne des hôpitaux de France

LOT T020107 2
EXP 02 2022
PPV 164.20 DH

مركز علاج داء الزرق

Centre du glaucome

OCT : Tomographie par cohérence optique

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Compass

Angiographie numérisée

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECP

Chirurgies des glaucomes

UBM : Echographie à haute fréquence

Échographies A et B

Microcopie spéculaire



Spécialiste des glaucomes
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification
Chirurgie vitréo-rétinienne

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بوردو - فرنسا
داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NP
6 118001 072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouan 20500 Casablanca
P.P.C:144.10

16/12/2020

OUARCH Habiba

TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH
6 118001 100682
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

164.20
COSOPT 1 GOUTTE DEUX FOIS PAR JOUR
TRAITEMENT POUR L'OEIL DROIT

164.70
VISMED 1 GOUTTE 2/ JOUR

TRAITEMENT POUR L'OEIL DROIT

178.90 X 2
86.10 X 2
MONOPROST OG
TIMABAK 0,50 OG

A RENOUVELER

TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH
6 118001 100682
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

إقامة الوازيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd Mohammed V - Mohammedia. Tél. : 05 23 31 03 75 / 78

E-mail : ophtalmologies@gmail.com - Urgences : 05 23 32 90 02 / 03

Patente : 394 033 03
ICE : 001624127000040

INPE : 091062729