

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° W19-573270

57787

CP

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1197**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENTALEB NISLINE**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **07/01/2021**

Nom et prénom du malade : **BENTALEB NISLINE**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

prescription de lunette

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
07/01/2021	Coopération	5		INP : 09123084B <i>Dr. Aïtcheur Fatima RHERD</i> <i>OPHTHALMOLOGISTE</i> <i>AMY YOUSSEFI</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Milie pour cent Optométriste & Opticien ,	19					2300,00 0 H.S.

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'ODF											
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>									
		CŒFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 25533412 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 11433553 </div> </div>			H		D	G	B	
			H								
			D	G							
			B								
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession								
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION MÉDICALE CASA-ANFA
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL
MOULAY YOUSSEF

المملكة المغربية
وزارة الصحة
سلوية الطبية الدار البيضاء - أنفا
المركز الاستشفائي الإقليمي
مولاي يوسف

ORDONNANCE

Date: 07/01/2021

Docteur Fatima RHERRAS
OPHTALMOLOGISTE
Hopital My Youssef

BENTALEB NISRINE

Les yeux

- Levophtha :

Flacon 1 goutte x 3

Optique Mille pour cent
Optométristes & Opticien

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV : 75.00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQR

LOT/بارك: H5717
FAB/بارك: 02-2-20
EXP/بارك: 01-2-22

- Larimabak

54,10 1 goutte x 3

Tr 3 mois

T =

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH
6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Docteur Fatima RHERRAS
OPHTALMOLOGISTE
Hopital My Youssef



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture :

0019512

Date : 19.01.2021

Mr : BENTALEB MYSRINE

Docteur :

Type des verres: ORGANIQUE ANT.REFLET
BLEU K22AK

Monture : OPTIQUE 1200,00

Vision de Loin :

OD Axe 12° cyl = 0.25 sph 550,00

OG Axe 172° cyl = 0.50 sph 550,00

Vision de Prés :

OD Axe cyl sph

OG Axe cyl sph

Add :

Montant : 2300,00

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

Deux MILLE TROIS CENT Dhs

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P / 023451 - Patante : 30057211

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION MÉDICALE CASA-ANFA
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL
MOULAY YOUSSEF

المملكة المغربية
وزارة الصحة
سلوية الطبية الدار البيضاء - أنفا
المركز الاستشاري الواقعي
مولاي يوسف

ORDONNANCE

Docteur Fatima RHERRAS
OPHTALMOLOGISTE
Hôpital My Youssef

Date: 07/01/2021

BEN TALER NISRINE

OD : (- à 12 - 0,25)

OG : (- à 17 2 - 0,50)

Optique Mille pour cent
Optométriste & Opticien

verres + monture .

Docteur Fatima RHERRAS
OPHTALMOLOGISTE
Hôpital My Youssef