

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-426663

58518



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10727 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUAHD SATIIRA

Date de naissance : 22/09/1974

Adresse : 30 Résidence YARIA LAKRITATE

A: N CHOK CASA BLANCA

Tél. : 066 753 5706 Total des frais engagés : 604,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/2021

Nom et prénom du malade : OUAHD Samia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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) :



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
04/01/2021	C + E		4100,-	INP : D 09/01/2021 16:00:38 Signature : Dr. MOHAMMED HATIM MOLOGI Qualité : Dr. Mohamed HATIM MOLOGI N° : 18 - Code : GSMS-10951

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
Dr. A. L. IMAAM MEDDAM Meurad A	4/11/2021	204,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B			DATE DU DEVIS. <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الامراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou

Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلاة بالليزر و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع فحص شبكي العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الإشعاع عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le, 04/01/2021

OUAHID Samira

- MAXIDROL COLLYRE (Néomyc.Polymyx.Dexamét)
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours
- TOBRADEX POMMADE
1 application, 2 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 8 jours
- Xailin HA
1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois
- SEPCEN cp à 200mg
1 comprimé, 2 fois par jour, pendant 5 jours

IBERMA

سيبروفلوكساسين 250^{mg}

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

٢٢٣

SEPCEN® 250 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



بعد اخراج الجرعة المقصورة

DE Enthält: Natriumhyaluronat
0,2% m/V, Natriumperborat, in wässriger,
gepufferter Tränenflüssigkeit. Dauer: 28 Tage

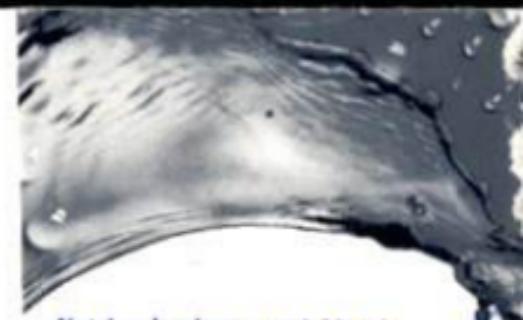
OPHTALM MED
PPC
94.00 DHS

I
g
di
Ra
Bu
kin
RC
m/v
tam
zile
instr
Index

PZN 10713511



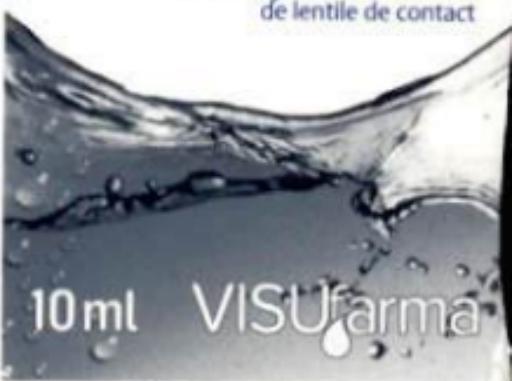
6
■



Natriumhyaluronat 0,2% g/v
Oogdruppels
Smerende bescherming
voor droge ogen
Zonder conserveringsmiddel in het oog
Geschikt voor dragers van contactlenzen

Xailin®
HA

Hialuronat de Sodiu 0,2% m/v
Picături Oftalmice
Protecție lubrifiantă pentru
simptomele ochiului uscat
Fără conservanți la contactul cu ochiul
Poate fi utilizat de purtătorii
de lentile de contact



10ml VISUfarmă

LOT



3T327D9028



2019-12



2021-11

GÜJ/DRUG/G/1080