

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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.

Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 1069

Société : Zargui Hammadi R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Total des frais engagés :

66982

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2021

Nom et prénom du malade : RAKKAB Aicha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anétrópie

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
02/03/2021	Ch. Kha	+	G	Dr Khalid BANINE OPHTHALMOLOGISTE Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adra Mouratouchi Rés Falima Zaffra 2ème étage N° 8 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.03.2021	471,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

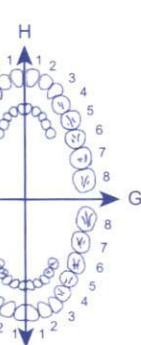
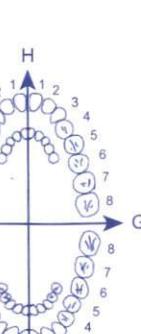
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ophthalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - Voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الجلاة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايتك

Casablanca, le : 02/03/2021 الدار البيضاء، في :

Mr RAKKAB AICHA

63/50 ARES 250 CP

1 cp x 2/j

35/70 TOBRADEX COLLYRE

1 gtt x 4/j

64/40 X3 TOBRADEX POMMADÉ

1 application le soir

CILOXAN COLLYRE

1 gtt x 3/j

Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Al Adraa El Mourakuchi
Résidence Fatima Zahra II, 3ème étage N° 6 - Casablanca
El Mourakuchi Rés. Fatima Zahra
Téléphone : 05 22 21 22 22

07/64

زاوية شارع ابن تاشفين وشارع ابن العذراء المراكشي
إقامة فاطمة الزهراء II، الطابق 3 رقم 6 - الدار البيضاء
(au dessus de ACIMA et BMCE) - Télé : 05 22 21 22 22
فوق أسيما (BMCE) - الهاتف : 05 22 61 22 22

E-mail : kbanine@gmail.com

ARES® 250 mg
Ciprofloxacin
20 Comprimés pelliculés



6 118000 340089

LOT 191828
EXP 11/2022
PPV 63.50 DH



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DHS

406834 MA