

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

cique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

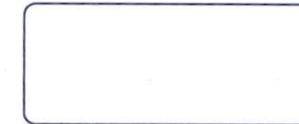
maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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.



P.O. R.Haj

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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						
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>						
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire								
		<table border="1"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;">D</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>	D	H	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>	
D	H									
25533412 00000000	21433552 00000000									
00000000 35533411	00000000 11433553									
		<small>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>								
VISA et cachet du praticien attestant le devis		VISA et cachet du praticien attestant l'exécution								

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0029007		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois <small>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</small>		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 02138	
Nom & Prénom : Bourdane Mohammed		Fonction : Phones : 0620161250	
Mail : <i>ABDELAJAOUDI RATIMA</i>		Date 1ère visite : 12 AOUT 2021	
MEDECIN Prénom du patient : <i>ABDELAJAOUDI RATIMA</i> <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age :			
Nature de la maladie : <i>nu rapproché + signe sur</i> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : Dr ESSABOYA YOUNESSE Spécialiste des Maladies et Chirurgies des Yeux Hay Essalam Bloc 6 N° 4 Sidi Slimane V Tel : 05 37 50 09 11			
Nature des actes : C1		Nbre de Coefficient : <i>25,00</i>	Montant détaillé des honoraires : <i>25,00</i>
PHARMACIE INPE : 055028450 Montant de la facture : <i>2022,00</i> <i>21-8-21</i>		PHARMACIE AMINE Av Med V Hay El Masjid N° 12 Sidi Slimane Tel : 037 50 20 195580 INPE : 052009792	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Désignation des Coefficients : <i>CACHET</i>		Date : 12/08/91 Montant détaillé des Honoraires : <i>25,00</i>	
AUXILIAIRES MEDICAUX Nombre : <i>AM PC IM IV</i>		Date : <i>12/08/91</i> Montant détaillé des Honoraires : <i>25,00</i>	
			

Dr. ESSABOYA Youness.

OPHTALMOLOGISTE

Chirurgie Refractive (LASER)

Phacoémulsification

Angiographie rétinienne, OCT

Contactologie



د. الصبوية يونس

العيون حرارة و طب خاصي

جراحة تصحيح البصر (بالليزر)

جراحة المياه البيضاء و المياه الزرقاء

تصوير الأوعية الدموية والشبكية

الللاصقة

12/08/2021

سیدی سلیمان فی :

ABDELJAOUAD Fatima



6 18001070590
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21 NTO 
Boîte de 1 flacon.
P.V.P.: 35.70 DHS 406834 MA

~~13000 x 3~~
~~3000~~, 1 goutte, 4 f

- HYE 0.4%

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant



3570

- TOBRADEX COLLYRE (Tobramyc. Dexaméthas) f

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 s

PPC : 130 DH.00

30m

- MAXIDROL (Néomyc. Polymyx. Dexamét)COLLY

1 goutte, le soir, dans l'oeil gauche, pendant 1 semaine.



~~PHARMACIE AMINE~~
Med V Masjid 2 Sidi Slimane : 037 50 20 78
INFE : 052009792

حي السلام، شارع الحسن الثاني مكتب 4 - فوق مقهى زايدة ملاك - سيدى سليمان
Hay Essalam, Avenue Hassan II Bur. N° 4 - au dessus du Café Zaida Malak -Sidi Slimane

Tél : 05 37 50 09 11

OPTIQUE ADAM

INPE : 055028450

ADAM OPTIQUE

Opticien Optometriste

Hay Salam Bloc 22 NR 03 Sidi Slimane

Gsm 06 69 97 43 35

Facture

349/21

Le : 21/08/2021

Client : **ABDELJAOUAD FATIMA**

Vision de Loin :

Verres : PHG

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+3.25	-1.00	75	180,00
O-G :	+3.00	-1.50	110	180,00
Add.				

Monture: R168C 52/20 800,00

Vision de Prés:

Verres : TRANCH ORAR

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+5.75	-1.00	75	230,00
O-G :	+5.50	-1.50	110	230,00

Monture: 145MT 52/20 400,00

Total : 2 020,00

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Deux Mille Vingt Dirhams

ADAM OPTIQUE

Opticien Optometriste

Hay Salam Bloc 22 NR 03 Sidi Slimane

Gsm 06 69 97 43 35

Dr. ESSABOYA Youness

OPHTHALMOLOGISTE

Chirurgie Refractive (LASER)

Phacoémulsification

Angiographie rétinienne, OCT

Contactologie



د. الصبوية يونس

اختصاصي في طب و جراحة العيون

جراحة تصحيح البصر (بالليزر)

جراحة المياه البيضاء والمياه الزرقاء

تصوير الأوعية الدموية والشبكية

العدسات اللاصقة

12/08/2021

Sidi Slimane le : سيدى سليمان في :

ABDELJAOUAD Fatima

DEUX PAIRES DE LUNETTES + MONTURES :

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (75° -1,00) + 3,25

Oeil Gauche : (110° -1,50) + 3,00

DE PRES Organiques

Oeil Droit : (75° -1,00) + 5,75

Oeil Gauche : (110° -1,50) + 5,50

ANTIREFLET

Dr ESSABOYA YOUNESSE

Spécialiste des Maladies

et Chirurgies des Yeux

Hay Essalam Bloc C, N° 4

Sidi Slimane

Tel : 05 37 50 09 11