

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## biologie 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 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1798 Société : 85698

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AOUAME MOSTAFA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : habitat elle

Tél. : 0662 100580

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2011

Nom et prénom du malade : AOUAME MOSTAFA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Le : .....

Signature de l'adhérent(e) :



## RÉLEVE 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
10/08/2012	STP	10	3000 Dh	 Dr Abdellah Razzouk 23, Avenue Casablanca 1022 - Casablanca 0522 39 83 11

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LAHJAM Nadège LEMMAM</p> <p>Adresse du Pharm. Résidence Tahbez Casablanca - Tel: 05 22 20 28 6</p>	<p>05/08/2015</p> <p>8</p> <p>21</p>	<p>73250</p>

## **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 :

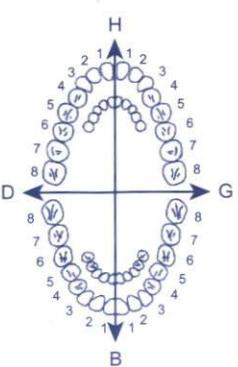
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# مركز طب وجراحة العيون بورگون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

**Dr. Abdellatif ZAKARRYA**

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France

Membre de la Société française d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

**د عبد الطاليف زكرياء**

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا

طبيب القوات المسلحة الملكية

**05 août 2021**

**Mr. AOUAME Mostafa**

XOLAMOL: collyre

1 goutte x 2/ jour; 8h et 20 h, pendant 6 Mois

OPTIVE FUSION UD UNIDOSE

1 goutte x 3 par jour , pendant 3 Mois

149.00

132.50

معتمد لرخصة السياقة Agrée Pour le Permis de Conduire

**05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22**

زنقة السلطان عبد المجيد - إقامة زكرياء - بورگون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdellah - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: XM0150  
Fab: 11 20  
Exp: 11 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: XM0150  
Fab: 11 20  
Exp: 11 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: XM0150  
Fab: 11 20  
Exp: 11 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: XM0150  
Fab: 11 20  
Exp: 11 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot:  
Fab:  
Exp:  
2 2  
2 0  
2 2

