

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-675007

g7904

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3511		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Bouchark
Nom & Prénom : Boulikia		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : SAADIA Age : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 ces 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) :	

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-675007
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	_____
Nom de l'adhérent(e) :	_____
Total des frais engagés :	_____
Date de dépôt :	_____

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

OLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-405977	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les documents justificatifs exigés par la Mutuelle.		



W18-405977

DATE DE DEPOZIT

...../...../201.

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 03571	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BONKIA Bouchaib		Signature de l'adhérent	
Fonction : Retraité	Phones.....		
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient Mme Bonkia Saadia	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 29 ans Date 18/12/2022
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<p>Affection oculaire</p> <p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p> <p>✓</p>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CS	—	250,00	
PHARMACIE		Date 18/12/2022	
Montant de la facture		129,00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
.....			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : 22/12/92	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Inval		3000 Dhs	

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العدسات اللاصقة

18 décembre 2021

Mme BOURKIA Saadia

129,00

OZODROP COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Casab - Tél : 0522 57 00 55





SOLUTION OPHTALMIQUE
Protectrice et Lubrifiante

8 ml

OZODROP® est une solution ophtalmique lubrifiante, protectrice, hydratante et apaisante de la surface oculaire, à base d'hypromellose, de liposomes et d'huile végétale ozonée utile:

- pour encourager les processus de réparation après un stress chirurgical ou traumatique;
- dans le traitement des symptômes liés aux maladies inflammatoires, aussi d'origine infectieuse;
- dans le traitement de la sécheresse oculaire, même en présence d'une irritation causée par les conditions environnementales ou le stress mécanique, comme l'adaptation des lentilles de contact.

La présence d'huile végétale et de liposomes aide à stabiliser la phase lipidique du film lacrymal, réduisant l'évaporation de la phase aqueuse et assurant un soulagement immédiat.

L'huile végétale utilisée est ozonisée et donc autoconservée, rendue plus biodisponible et bien tolérable par l'insertion des liposomes à l'intérieur.

Indications

OZODROP® est indiquée:

pour la lubrification et la protection de la cornée avant en cas de traumatismes oculaires; après le port d modifications de la surface oculaire dues à l'instabilité chez les patients souffrant d'infections oculaires récurrentes. La solution est également indiquée dans le traitement inflammatoires, aussi d'origine infectieuse.

Mode d'emploi

Agitez le flacon avant utilisation.

Instiller une ou deux gouttes dans chaque œil, une ou plusieurs fois par jour ou selon l'avis du médecin.

Le produit peut être utilisé avec des lentilles de contact portées.



Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة السالمي كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العدسات اللاصقة

18 décembre 2021

Mme BOURKIA Saadia

Monture + verres correcteurs progressifs à adaptation facile
Organiques Antireflets, Amincis

VL : OD = +2.75 (-1.50 à 80)

OG = +3.00 (-2.00 à 75)

VP : ODG = Add : + 3.00



Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146 Bd Joulane - Casablanca - Salmia
GSM: 06 67 66 89 60
05 22 57 00 55

AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,
Inara 2 N° 23
Casablanca



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس
إنارة 2 رقم 23
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0001988

Docteur : ESSALIME Karima
Mr. : Boukia Saadia

Nomenclature :

Montures : VL Optique 500,- ₦
VP

Type de verres : Grenoble

* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 80° Cyl : -1,50 Sph : +2,75 1250,- ₦
OG: Axe : 75° Cyl : -2,00 Sph : +3,00 1250,- ₦

* VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph :
OG: Axe : Cyl : Sph :

Add : +3,00
OD 6-
= 3000,- ₦

Total : TWIS mille Jhs

Date: 12.1.21

