

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.

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.

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 : **5383**

Société :

115879

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

ABUDELLAH RACHID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0667793770**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **9/01/2018**

Nom et prénom du malade : **ABUDELLAH RACHID** 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) :

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
9/05/2022	SIFs	110	30094	DR. S. KARRY ALMOLI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARINA	21/05/2022	210

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient des Travaux
	D 00000000 00000000 35533411	B 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

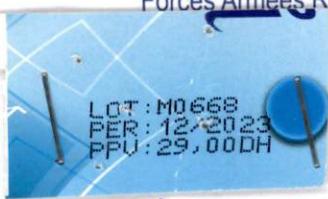
مركز طب وجراحة العيون بورگون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

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



26.00

DEXAGENTAMICINE COLLYRE

une goutte x 3 par jour x 15 jours

15.00

LEVOPHTA: collyre

2 Gouttes matin et soir, dans les 2 yeux

29.00 x 2

ALORA 5 MG COMPRIME (DESLORATADINE)

1 comprimé par jour pendant 15 jours

28.80 x 2

ARTELAC

1 g x 2 par jour x 3 mois

HARAJIACIE MAROC
5, Rue Sultane Ahdia
Bourgogne 39100 Casablanca
Tél: 0522 8424 39 / 0522 8424 39
Permis de Conduire: 0522 39 83 39 - 0522 95 01 22

د. عبد الله زكرياء

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
لمورفيلد بلندن
ناجي بشرونز النمسا
سلحة الملكية

ZENITH Pharma

6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

09 mai 2022

Mr. ABOUDOU Rachid

Dexa-Gentamicin
1,0 mg / 5,0 mg

5 ml de collyre

6 118001 110506

Steripharma
PPV:26,00 dh

LEVOPHTA 0.05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

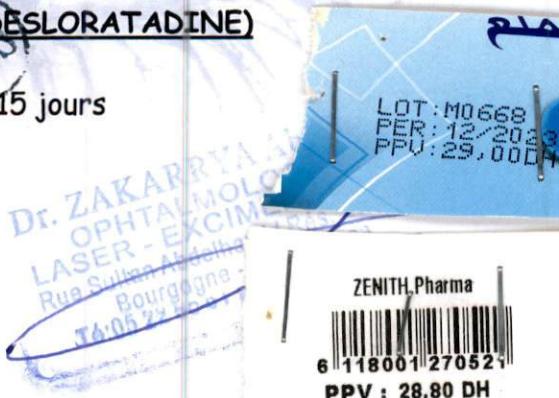
ANM N° 728/16DMP/21/NRQ

6 118001270354

LOT/ EXP: 05-2021
08-2023

PPV: 75,00 DHS

H7680
05-2021
08-2023



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

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