

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.

M22- N° 003782

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule	5279	Société :	ND 217785
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Mme ANBARY FATHIA Ep BENDAMNA			
Date de naissance : 1955			
Adresse : 1 Rue Allal Ben Abdellah, N° 5279, Casablanca			
Tél. :	06 62 55 56 41	Total des frais engagés :	447 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	28/06/2022	Age:	
Nom et prénom du malade :	ANBARY fathia	Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ophtalmologie		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 : 06/06/2022

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
28.04.22	C 28		# 300 DT	Docteur Asma MOUSSAIN Ophtalmologiste N° 9, 4 ^{eme} étage Immeuble chifa Bd Kennedy Safi TÉL : 05 24 46 17 00 INPE : 09 11 44 980

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/4/22	147,02

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 00000000 00000000	G 00000000 00000000 00000000		MONTANTS DES SOINS
	B 35533411 11433553			DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Asma MOUSSAIR
OPHTHALMOLOGISTE

Diplômée de L'université de Versailles - Saint - Quentin - En - Yvelines - Paris
Cataracte (Phaco) - Retine - Angio - OCT - Laser
Ophtalmologie Pédiatrique - Strabisme - Contactologie - Voies lacrymales



الدكتورة أسماء مسیر

إختصاصية في طب وجراحة العيون

دبلوم من جامعة فرساي بباريس
جراحة العجلة بالليزر - الشبكية - تصوير أوعية العين - الليزر
طب العيون عند الأطفال - العول - العدسات اللاصقة - الأوعية الدموية

28 avril 2022

Mme ANBRY Fatima

147,00

THEALOSE

1gtt x 3

1 mois



Dr. Asma MOUSSAIR
N° 9, 4ème Etage - Immeuble CHIFA
Bd Kennedy - Safi
Tél : 05 24 46 17 00
Fax : 09 11 44 980

N° 9 4ème Etage - Imm. Chifa, Bd Kennedy - SAFI

Tél. : 05 24 46 17 00 - GSM / 06 66 06 46 14

Email : visionlasersafi@gmail.com

Thealoise

Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Solution Ophthalmique

Solution pour la protection, l'
oculaire indiquée dans le traî-
sévere.

Flacon ABAK - Sans conservante

COMPOSITION :

Tréhalose 3 g
Hyaluronate de sodium 0,15 g
Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations
injectables q.s.p. 100 ml



Laboratoires Théa - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi, 50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires.

Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran d'ordinateur...

VR22762C10MAB/0919

MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

de la surface
sec modéré à