

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1598

Société :

RAM

MUPRAS
RECEPTION

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MOUDDEN HASSAN

Date de naissance : 25/12/1960

Adresse : Bolac E 10/15 Derniere

Tél. : 06.64.31.52.78

Total des frais engagés : 725,80,900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : EP. MOUDDEN HASSAN

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : DRIBOUA

Signature de l'adhérent(e) : DRIBOUA

Lotissement Nadia, Makhlouf N,

Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11

Le : 31/05/2022

RELEVÉ 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
31/05/22	CS		20000 D.H	 Dr. ELBAKKAL Médecin Spécialiste en Ophtalmologie Lotissement Nabila, Makhrouf N. Casablanca - Tel: 05 22 03 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/5/22	775,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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.

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



Fix. n° 99 53.20.54
Droguerie
244 lotissement el wafaa
PHARMACIE EL OUMOURIA
ORDONNANCE

الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون
حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء
جراحة العيام [الببرص] (الجلالة)
القرنية المخضبة طبية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية

31 mai 2022

Mr. EL MOUDDEN Hassan

8h.90 x 6

CARTEOL LP 2%: collyre

1 goutte par jour, le matin à 8h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

6 BOITES

44,60 x 6

CELLUVISC COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

6 BOITES

775,82

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin en Ophtalmologie
Spécialiste
Casablanca - Lotissement Nabila Makhlouf
n° 334 étage N°2
Télé: 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

تجزئة نبيلة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني -

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

CELLUVISC® 4ml/0.4ml

Collyre en récipient unidose



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
ZENITH PHARMA
COLLYRE 3ml
FAB/ 02-2023
EXP/ 01-2023CARTEOL L.P. 2%
LOT/ J/2023
H7584
PPV: 84,90 DHSAMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
ZENITH PHARMA
COLLYRE 3ml
FAB/ 02-2022
EXP/ 01-2023CARTEOL L.P. 2%
LOT/ J/2022
H6071
PPV: 84,90 DHSCARTEOL L.P. 2%
Collyre 3mlZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040

PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040

PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040

PPV : 84,90 DHS

CELLUVISC® 4ml/0.4ml

Collyre en récipient unidose



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40**CELLUVISC® 4ml/0.4ml**

Collyre en récipient unidose



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40**CELLUVISC® 4ml/0.4ml**

Collyre en récipient unidose



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**

Collyre en récipient unidose



Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40