

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.

N° W21-706870

120130

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 254

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LARNRSSI B.R.I.KA

Date de naissance :

1910

Adresse :

JAMILA 3 RUE 16 N 46 - C.D

Tél. : 06 68 15 43 52

Total des frais engagés :

531

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/13

Nom et prénom du malade :

Larhissi Bachir

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Opacité de l'œil droit

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
18/5/22	Chir.	Chir.	Chir.	DR J. ZAHM Ophthalmo Clinique de Casablanca 13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca Tél : 0522 25 71 71 (SLG) - Fax : 0522 25 11 15 INPE : 091140186

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARMARIL (ZEDAR) (Grenade) D KAMMOUS Fatima Zahra Lotissement Izdihar Loc "B" N°10 - Bouskoura 092079896	18/05/2022	531,30

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

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
					INP : <input type="text"/>			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>			
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>			
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



مصحة العيون
للدكتور البيضاوي

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca le : 18.05.22

Concernant : *L'art Rissi*

99,00

PHYLARM

1 Rinçage 2 fois par jour

44,60

FRAKIDEX Collyre

1 goutte 4 fois par jour

58,00

INDOCOLLYRE

1 goutte 4 fois par jour

45,50

CILOXAN Collyre

1 goutte 4 fois par jour

25,90

MYDRIATICUM Collyre

1 goutte 4 fois par jour

126,10

COSOPT Collyre

1 goutte 2 fois par jour

22,40

MAXIDROL Pommade

1 Application 2 fois par jour

39,00

COMPRESSES OPHTALMO STERILES

51,40

CATEX CP 250 MG

1cp 2 fois par jour pendant 5 jours

T = 531,30 DH

Urgence 24/24



HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

PHARMACIE IZDIHAR

Dr YAHIA
Lot
Bloc "B"



Remboursable AMO 406434

Dr J. ZAIM
Ophthalmologist
Ophtalmic Clinic de Casablanca
13, Rue des Papillons Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 (SLG) - Fax : 0522.25.71.71 (SLG)
INPE : 0911

LOT U031803 1
EXP 07 2023
PPV 126.10 DH



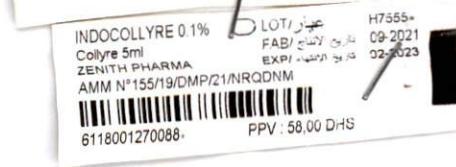
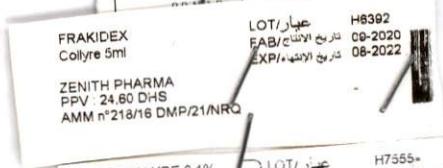
Traitement de 1



Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



RDV ds 1 mois