

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.

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6802 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUATAKI Abdallah

Date de naissance :

Adresse : JAMILA 5 Rue 113 N° 32 - C-3 - CSA

Tél. : 06 64 583462

Total des frais engagés : 533, 15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. RAZIK Abdallah
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél.: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa
NPE: 091119354
ICE: 001700021000027

Date de consultation : 25/05/2022

Nom et prénom du malade : FHOUYOUS BAHRI ACCUEILLAGE Age: 19 ans

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 : CASA

Le : 30/06/2022

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
25/05/22	Consultation	G 10		DR ZAFAR ABDALLAH Diseur chirurgie des Yeux 0071091719354 05-22-25-18-18 Dr ZAFAR ABDALLAH Spécialiste Maladies Oculaires Tél: 03323210995
31 MAI 2022		G 2 F		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/05/2022	532.130 - CASA 00021

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Digitized by srujanika@gmail.com

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسيّة I

Docteur Razik Abdallah

Spécialiste Maladies et
Chirurgie des Yeux
Ex. Médecin des F.A.R.
Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août



Chirurgie Cataracte - Implant -
Glaucome - Strabisme - Laser -
Angiographie - Traumatisme

LASIK

Casablanca, le: الدار البيضاء، في

25 MAI 2022

الدكتور عبد الله دازق

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة الجلالة . العدسة . طبision .
الحول . مسالك الدموع . فحص وراديو الشبكة .
علاج الشبكة المصابة بال斯基ري بالليزر
تصحيح قصر البصر
فحص لرخصة السيارة

NOM ET PRENOM: FHOUME BAHRIA

المرجو شراء الدواء بأكمله واستعماله

ARES COMPRIMIE 500 mg

1 CP 3 fois par jour commencer un jour avant l'intervention pdt 5 jrs

- ICOMB Collyre -----> 1 goutte 4 fois par jour pdt 10 jrs

1 goutte 3 fois par jour pdt 10 jrs

1 goutte 2 fois par jour pdt 10 jrs

1 goutte 1 fois par jour pdt 10jrs

- CHIBROXINE COLLYRE 0,3% -----> 1 goutte 4 fois commencer un jour avant
l'intervention pendant 20 jrs

- HYFRESH COLLYRE -----> 1 goutte 4 fois par jour sans arret

- STERDEX POMMADE -----> 1 application le soir pendant 20 jrs

- MYDRIATICUM COLLYRE -----> 1 goutte le soir pdt 20JRS

- COMPRESS OCULAIRE -----> 6.5 cm x 9.5 cm

- COMPRESS STERILES -----> 20 cm x 20 cm

- S-CORT CP 20 mg -----> 3 COMPRIMES PDT 3 JRS MATIN

-----> 2 COMPRIMES PDT 3 JRS MATIN

-----> 1 COMPRIMES PDT 3JRS MATIN

(AVIS MEDECIN TRAITANT)
CARDIOLOGUE/ GENERALISTE /ENDOCRYNO

- DIPROSTEN INJECTION -----> APPELTER AU CABINET

- CEBESINE COLLYRE -----> APPELTER AU CABINET

Dr RAZIK Abdallah
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél: 05 22 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casablanca
INPE: 09 11 20 85 18 18 - Casablanca
ICE: 00 11 93 54
00 11 00 02 100 00 27

