

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Matricule : *748* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *CHRIFI BI Latifa*

Date de naissance : *20/10/1947*

Adresse : *102, Avenue 2 Mars Résidence 2 Mars*

quartier des Hospitaliers - 20000

Tél. : *06 61 80 67 88* Total des frais engagés : *817,80* Dhs

Cachet du médecin :

Dr. Meryem ALAMI KAMOURI
Ophtalmologiste
117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome
Casablanca - Tel: 0522 85 25 12

Date de consultation : *17/08/22*

Nom et prénom du malade : *Chraibi Latifa* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Conjonctivite*

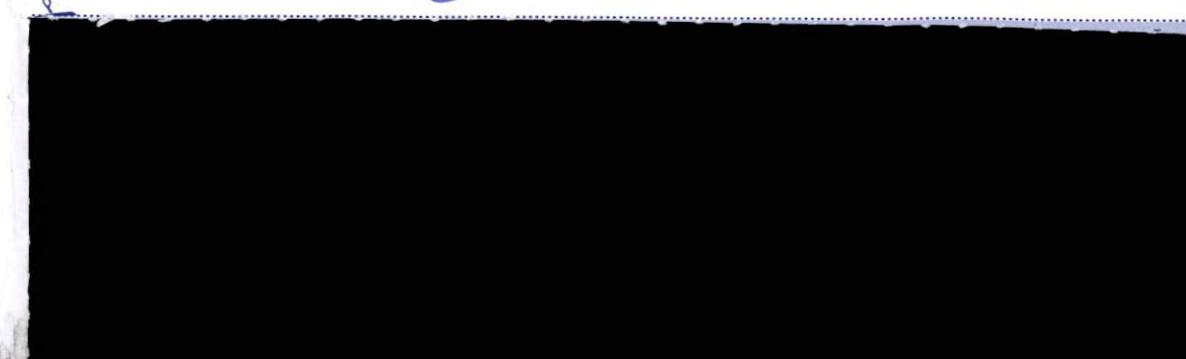
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : *09/08* Le : *25/08/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
17/03/22	VS		300,00	Dr. Merven Alian Yamou Ophthalmologiste 117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de France Casablanca - tel. 0522 85 23 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Monique HARRIS André RUE 24 Fax: 514-383-1152 C-314881	17/03/22	517.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412
	00000000
	00000000
	00000000
	35533411
	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL), Upper Right (UR), Lower Left (LL), and Lower Right (LR). Each tooth is marked with a number from 1 to 8 and a specific symbol indicating its function or status:

- Upper Left (UL):** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a vertical line; teeth 5-8 are marked with a circle containing a horizontal line.
- Upper Right (UR):** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a vertical line; teeth 5-8 are marked with a circle containing a horizontal line.
- Lower Left (LL):** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a vertical line; teeth 5-8 are marked with a circle containing a horizontal line.
- Lower Right (LR):** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a vertical line; teeth 5-8 are marked with a circle containing a horizontal line.

[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

r. Meryem ALAMI KAMOURI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Phakoémulsification - Chirurgie Réfractive

Lentilles de Contact

Angiographie Numérisée - Laser



الدكتورة مريم العلمي القموري

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب ببوردو

تقويم الرؤية بالليزر

العدسات اللاصقة

راديو الشبكة - الليزر

جراحة الجلاة

17 Août 2022

Casablanca, le

Mme CHRAIBI LAT

75,00 x 2

150,00

1/ LEVOPHTA : [Qte : 2]

1 goutte matin et soir pendant 2 mois

S.V.

2/ XILOIAL ZÉRO : [Qte : 2]

1 goutte 4 fois / jour pendant 2 mois

159,00 x 2

318,00

3/ OPTIPRED : [Qte : 1]

1 goutte matin et après midi pendant

S.V.

4/ STERDEX :

1 application le soir au coucher pendant 5 jours

les deux yeux

517,80



LEVOPHTA 0.05%

Colyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

عيار

FAB/

نمبر

EXP/

H7758

10-2021

نمبر

09-2023

6118001270354

PPV : 75,00 DHS

PPC 159.00 dh

LOT

0050322

005

2024 03

2023

159,00

01

PPC DHS

2024 03

2023

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01

159,00

01</p