

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUINE ABDELKARIM

Date de naissance : 15/10/1968

Adresse : 27 Rue ISMAÏL KATTAN 45

Appt. 11^e Etg. TAJRI F CASA

Tél. : 06 58 90 33 71 Total des frais engagés : 682,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/2022

Nom et prénom du malade : ZOUINE ABDELKARIM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection Oculaire

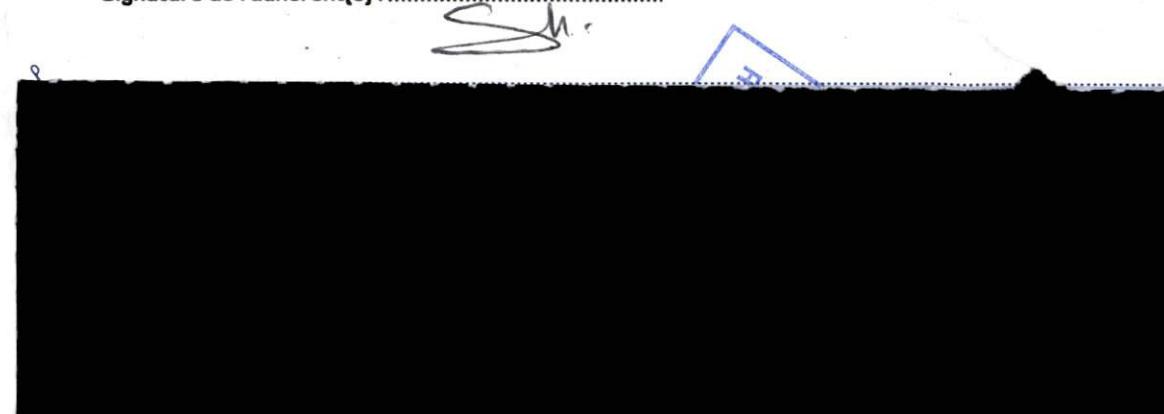
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 07/09/2022

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
02/09/22	Acte FO		330	<i>Dr. Siham NAJID Ophtalmologue Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr Medhi; Rés Nadejha Seme Fig en face Point Almostakhal Sidi Maarrowf - Casab Tél: 05 22 78 78 07</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES MAUSOLEES Dr. SIJELMASSI Bouchra 90, Rue Mausolee Q. Hôpital Casab - Tél: 05 22 78 78 07</i>	09/09/22	330,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact

الدكتورة نجدة سهام

اختصاصية في أمراض وجراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العدسات الاصفهان

02/09/22

Dr Zouin Abdelkrim

Mo, Fa, 3 = 332, 10

1/ Xolamol 0,5%



(0460 kes)

T = 332, 10

DR SIHAM NAJID
PHARMACIE DES MÉDECINS
D. SIJELMASSI BOUCHRA
90, Rue Mansaïd El Hôpitaux
CASA - Tél: 05 22 86 28 99
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
El Kadiri, Rés NADA 'A' 3ème Etg en face
Rond point Almostakha Sidi Maarouf, Casa
Tél: 05 22 78 78 07

زولامول®
Xolamol®

Lot: YK0225
Fab: 09 21
Exp: 09 23
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: YK0225
Fab: 09 21
Exp: 09 23
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: YK0225
Fab: 09 21
Exp: 09 23
P.P.V : 110 DH 70

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادرى ، إقامة ندى "A" الطابق الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء



valable 3 mois

Le 02/09/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Dr Sidi Abdellah El Hachmi*

Présente

un CPAP bilaérial

Nécessitant un traitement d'une durée de :

d'une pos anti-HPO

"Xolairol" 100mcg

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)