

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

- Reclamation : 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

Déclaration de Maladie

M22- 0021302

130893

Matricule :	3456	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		WAAMANE ABELMAK	
Date de naissance :			
Adresse :		7, Rue 67 Hay my ABSOLUT	
Tél. :		0698933570	Total des frais engagés : 725,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Glucose

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 : Casablanca Le : 26/09/2022

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
12/09/22	S		250,00	Dr. Leila NACLO OPTICAL ALMOLY Rabat oasis - Bd Khouja Bab Almedina - Tel. : 0524 22 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE ZHAP 133, Bd Jazairi NY Abu Dhabi Tél. 0105 221 59 96	12/09/22	478,30

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G	

[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

الدكتورة ليلى الناصري

Dr. Leila Naciri

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Ancienne interne à l'institut
du Glaucome à Paris



اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
طبيبة سابقة بمعهد داء الزرق
باريس

مركز علاج داء الزرق
Centre du glaucome

- OCT : (RNFL et CCG)
- Champ visuel automatisé
- Ultrasound Biomicroscopy (Ubm)
- Rétinographie non mydriatique
- Gonioscopie
- Pachymétrie
- Laser SLT
- Laser Yag-Argon
- Laser diode
- ECP
- Chirurgies des glaucomes
- Angiographie numérisée
- Echographie A et B
- Microscopie spéculaire

Spécialiste du glaucome
Chirurgie de la cataracte

Rétine médicale : DMLA, diabète, uveite
Pathologie générale et pédiatrique

NAAMANE Abdelhak

77,10 x 2

DEXAFREE UNIDOSES

1 goutte 2 fois par jour ,
dans l'œil gauche PDT 2 MOIS

147,00 x 2

THEALOSE

1 goutte 2 fois par jour ,
dans les deux yeux PDT 2 MOIS

30,30

ICOMB 1 BOITE

= 478,30

Mohammed V - Casablanca
Résidence DPHTEL
Dr. Leila Naciri
Tél : 0523 31 03 75 / 78
Fax : 0523 31 03 75 / 78
E-mail : dr.leila.naciri@gmail.com

إقامة الوازيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd Mohammed V - Mohammedia. Tél. : 05 23 31 03 75 / 78
E-mail : dr.leila.naciri@gmail.com - Urgences : 05 23 32 90 02 / 03

Patente : 39400063
ICE : 002070676000026
INPE : 091196519



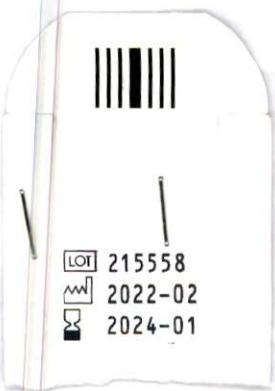


VETRINERIA ITALIANA

14

3662042003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PFC : 147.00 DH



LOT 215

2022-02

2024-01

— 6 —



26088003

Lot / Fab / EXP :

5090
12 2021
12 2024



DEXAFREE 1 mg/ml

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
BP 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



15

5Q07
11 2021
11 2024

Lot / Fab / Exp:

26088003



DIAAFREE 1 mg/ml
Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH