

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1386 Société : lan

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : L O A D I

B R A H I M

Date de naissance : 01 06 1953

Adresse : loti EL WAFA

D E Rous

Tél. 06 61 30 59 99 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27 Oct 2011

Nom et prénom du malade : L O A D I B R A H I M Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection

oublie

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 : 04/11/2011

Le : 04/11/2011

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
27 Juin 2022			2.000,00 DH	ELBAK KARIM Médecin Spécialisé en Ophtalmologie L'Assurance Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'UMOUMBA 17, BL D'UMOUMBA BAMAKO, MALI	22/11/22	129.70

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	
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8 on each side) and a coordinate system. The vertical axis is labeled H at the top, B at the bottom, and D on the left. The horizontal axis is labeled G on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right. The diagram shows the relationship between the teeth and the coordinate system.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmologist

Diplomé des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glauque - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء،

جراحة العيون المخروطية [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

27 octobre 2022

Mr. LQADI BRAHIM

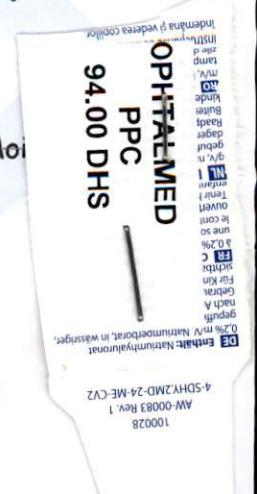


TOBRADEX: COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours

XAILIN C

1 gttes 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



6 118001070596

Laboratoires Sothema
Tobradex® 0,30,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH



406836 MA

جزء نبيلة، مخلوف رقم 334. الطابق الثاني - N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com