

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : 0000709

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665105511

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 16/11/2022

Nom et prénom du malade : Rue Tazi HNYINE Souad

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ostéoartrite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
16/11/2022	h	Grosjean		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dachat du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
16/11/22 16/11/22 52293018	16/11/22	129,15

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.

Dr Bennouna Mohamed
OPHTALMOLOGISTE

PPV : 51,60 Dhs

Bropdex® 0,3g / 0,1g
Tobramycine / Dexaméthasone

Flacon de 10 ml



6 118001 272549

e de Médecine de Paris
S des Yeux
et Orbito-Palpébrale
Réfractive



الدكتور بنونة محمد

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض العيون
جراحة القataracte و الجفن
جراحة تصحيح البصر

Casablanca le, 16 novembre 2022

51.6012 Mme TAZI HNYINE SOUAD

1°) BROPDEX: collyre: 2 flacons

- 2 gouttes 4 fois par jour pendant 10 jours, (matin, milieu de journée, après-midi & le soir)
puis 2 gouttes 2 fois par jour pendant 10 jours, (matin & soir)
puis 2 gouttes une fois par jour pendant 10 jours, (le matin)

25.90 2°) MYDRIATICUM COLLYRE:

2 gouttes / jour, le soir au coucher, pendant 8 jours

3°) Rondelles oculaires adhesives: pansement oculaire.

129.10 A instiller dans l'oeil opéré.

MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



PPV : 51,60 Dhs

Bropdex® 0,3g / 0,1g
Tobramycine / Dexaméthasone

Flacon de 10 ml



6 118001 272549

bien les mains avant chaque changement de pansement.

Pr. Macie Med Dah
Dr. BENNOUNA Mohamed
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des yeux
47, Av. Hassan II Casablanca
Tél: 0522 22 87 96/0522 48 11

- En cas d'urgence : 05 22 25 71 71

شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

Télé.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58 - اهاتف : 05 22 47 32 60 - Fax : 05 22 47 32 60

TRAM : Station Place M^{ed} V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85