

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.

M22- 0022115

Optique **146189** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **01697** Société : **RAIT**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BELBEIDA MOHAMMED**

Date de naissance : **21/01/1955**

Adresse : **BP 12814 HAY HASSAN CASA**

Tél. : **0662026473** Total des frais engagés : **722,83** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **Belbeida ASMAE** Age : **18**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **ALD** **Extrême**

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 : **05/01/2018** Le : **18/01/2018**

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
19/01/2023	S		300,00	Monsieur Khaled Lotfi Hassen Date : 05/02/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
IR PHARMACEUTIQUE M. BRAHIM SIDI 0522-360164 Casablanca	19/11/23	622.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(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

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophthalmologie

Adulte et Pédiatrique

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

**Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie
de Casablanca**

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétiniennes

de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستفى ابن رشد سابقاً

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

جامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات الاصطناعية بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم العدالة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le :

دار البيضاء، في :

19 janvier 2023

Mme BELBEIDA ASMAE

Euro médic

Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO

406865

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

Azyter 15 mg/g
Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH
6 118001 0101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Spécialité :
Azyter 15 mg/g
Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH
6 118001 0101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

1/ OPTIVE FUSION

1 goutte x4

2/ FLUCON

1 goutte x 3, 15 jours

3/ AQUALARM COLLYRE

1 g x 4, 1 Mois

4/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour. pendant 3

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18، تجزئة سعد الخير شارع H.H - الحي الحسني - البيضاء

18; Lottissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca