

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 059259

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.

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 309902 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEIFRI MARIA

MARIA

Date de naissance :

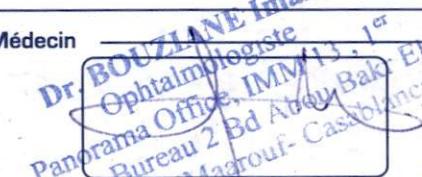
AKGZAG

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2023

Nom et prénom du malade : ZEIFRI MARIA

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/01/2023			300,00 HT	Dr. BOUZIANE El Hage Ophtalmologiste Panorama Office IMM 13, 1 ^{er} Etage Bureau 2 Bd Abou Bakr El Mansour Casablanca
26/01/2023	NL + CO		300,00 HT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/01/2023	1855,30

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Drl Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétinienennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبکية العين

باريس - فرنسا

ORDONNANCE

03 janvier 2023

Mme ZEIFRI MARIA

VIBRA 200 200 MG COMPRIME

un comprimé le soir , pendant 3 Mois

FLUCON

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours

1 goutte 1 fois par jour pendant 7 jours, dans l'œil gauche

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant

OPATANOL: COLLYRE CL

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

AZTYER

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours à renouveler après 10 jours
4 cures , dans les deux yeux



1855,30
BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste
Office, IMMO 13, 1^{er}
etage, Office 2 Bd Abou Bakr El
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 05 22 78 62 05
Fax : 05 22 78 62 05
Mobile : 05 22 78 62 05

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادي، سيدى معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665





6 118001 070244

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



Remboursable AMO
 406865

é de cette notice avant de prendre ce
 formations importantes sur votre traitement.
 is, si vous avez un doute, demandez plus
 à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

FLUCON[®], collyre

Fluorométholone

b) COMPOSITION

Fluorométholone	0,1 g
Chlorure de benzalkonium	0,01 g
Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, chlorure de sodium, tétracémate de sodium, alcool polyvinyle, méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de sodium pour ajuster le pH, eau purifiée	q.s.p. 100 ml

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

LCT N°: F Y 9 9 2 9

UT.AV: 0 5 2 4 P.P.V 8 9 0 0

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologist

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétinienennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكيّة العين

باريس - فرنسا

ORDONNANCE

26 janvier 2023

Mme ZEIFRI MARIA

FACTURE

vérification des voies lacrymales + contact osseux

Frais du geste : 300.00 dhs

Dr. BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office IMM 13, 1er
Bureau 2, Bd Abou Bakr El
Sidi Maarouf, Casablanca