

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Déclaration de Maladie

N° W21-764375

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

6638

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom

ELKHALFI EL MESTADA

Date de naissance

1962

Adresse

CASA

Tél. :

0661066938

Total des frais engagés: 13250,00 + 112,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. LAFNCJRE Zoubida
OPHTALMOLOGUE
124, Bd. Khalil Hay Moulay
Abdelah Ain Chock - Casa
Tel : 05 23 52 82 74

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

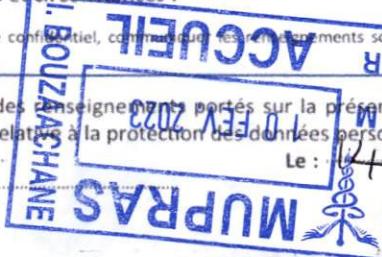
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 14/01/2023

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
14.04. 2023	C1		250 all	INP : 091088679 Dr. LAFAILLUNE Z CPHTALM 124, B ADM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIA Dr. Sidi Abderrahmane Sidi Abderrahmane 53 - CASABLANCA	14/11/23	112.10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
[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. LAFNOUNE Zoubida

(Ep. RAZI)

Ophthalmologue

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Diplômée de l'Université de médecine de Paris

PIERRE MARIE - CURIE - FRANCE

Ancienne Interne Du C.N.O des QUINZE - VINGTS
de PARIS (centre national d'ophtalmologie)

Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

Laser ARGON, YAG, EXCIMER, LASIK, PRK, FEMTO, ICL
Transepithéliale, Angiographie, Lentilles de contact, OCT

Echographie des Yeux



الدكتورة لفون زوبيدة

(زوجة الرازي)

طبيبة إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجية بجامعة الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا

بالمركز الوطني لأمراض العيون بباريس

عضو رسمي بجمعية أمراض العيون الفرنسية

اللينز، العدسات الlassique، أنجيوغرافيا

الليزر إكسابير - لازيك

الشخص بالصدى

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salama - C.I.L
Tél. 022 54 45 30 - CASABLANCA

Casablanca, le :

16-01-2013
الدار البيضاء، المغرب

N° EL KHALFI

58,00 ELMESTAPHA

1/Indol collyre 0,1%

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
ANM N°155/19DMP21/NRDNM
1118001270068
LOT 170125
FAB 12/2012
EXP 12/2014
PPV 58,00 JH

1/Indol collyre 0,1%
2/ LARMABAK 0,9%
1/Indol x 3 flacon de 15 ml

2/ LARMABAK 0,9%
1/Indol x 3 flacon de 15 ml

56,10
112,10

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Benali
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina JACOUBI

Dr. LAFNOUNE Zoubida
OPHTHALMOLOGUE
124, Bd. Khalil Hay Moulay
Abdelah - Ain Chock - Casablanca
Tel : 05 23 52 62 74

124، شارع الخليل، حي مولاي عبد الله - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 52 62 74 - مستعجلات : 06 68 74 32 15

124, Bd. El Khalil, Hay Moulay Abdelah - Ain Chock - Casablanca - Tél. C : 05 22 52 62 74 - Urgences : 06 68 74 32 15