

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *BAR KOUKI KABBOURA*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *12.12.2012*

Nom et prénom du malade : *BAR KOUKI E. S.A.C.D. KABBOURA*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *affection oculaire*

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 : Le / /

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
12	13010		200m	
12	3			
20 22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Numéro du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Jura 129, Bis Rue Oussama Ben Youssef CASABLANCA 05 22	12/12/82	255.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in a curve. The teeth are labeled with numbers 1 through 12. The arch is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and a diagonal axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the first tooth on the left and the last tooth on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ASRARGUIS Mohamed

Ophtalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie Vitreo-rétinienne
Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R.



الدكتور أسرار حليس محمد

الاختصاصي في أمراض وجراحة العيون

10

2

مکالمہ اسلامی

طلب الحصول - راديو الشبكة - أشعة الليزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شو اهد المساقة

خبر علـف لدى المحاكم

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54, 10 DH

 6 118001 100651
 Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
 Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LEVOPHTA 0.05% LOTT/عيار H7827
 Collyre 5ml FAB/تاريخ الإنتاج 11-2021
 ZENITH PHARMA EXP/نهاية الصلاحية 10-2023
 AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

 6118001270354 PPV : 75,00 DHS

12/12/2022

Madame BARKOUKI EP SAIDI Kabboura

- LARMABAC

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 mois

- LEVOPTA

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 mois

 ZYRTEC

1 comprimé, le matin, pendant 3 s

Pharmacie du Jura
129, Bis Rue Oussama Ben Zaid
CASA BLANCA
05 22 25 34 41
Tél

ASRARGUIS
SPECIALISTE DES MALADIES
CHIRURGIE DES VISCERES
19, Av. Hassan II - Casablanca
Tél: 05 22 27 44 88
05 22 49 12 91

63140
129

شارع الحسن الثاني الدار البيضاء (مقابل ورقة المدارس) - الهاتف 05 22 27 50 45 / 05 22 49 12 91 / 05 22 27 44 88
19. Avenue Hassan II - 3ème étage - casablanca (face librairie des écoles - tél : 05 22 27 50 45 / 05 22 49 12 91 / 05 22 27 44 88)

E-mail : m-asrarguis@hotmail.fr