

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

- Reclamation : 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 : 9283 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAZIH LAÏLA

Date de naissance : 02/03/1970

Ab 2793

Adresse :

Tél. : 0661.13.81.43 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2023

Nom et prénom du malade : NAZIH LAÏLA Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculair

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 : DAR-BOUAZZA

Le : 10 / 03 / 2023

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
10/3/23	CS		2150	Dr. NABOUSSA Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAMDOULLAH Dr. ZAIDI Hafida El. Anssari N°123 Dar Bouazza - Casablanca Tél: 0522.29.09.46 / WhatsApp : 06.00.73.33.76 I.C.F. : 00103322000066	10/03/23	325.50
PHARMACIE EL HAMDOULLAH Dr. ZAIDI Hafida El. Anssari N°123 Dar Bouazza - Casablanca	22/03/23	205.40

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch (maxilla and mandible) with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Each tooth is accompanied by a symbol representing a specific dental condition or treatment status. The symbols include: 1. A circle with a cross (X). 2. A circle with a dot (•). 3. A circle with a horizontal line (—). 4. A circle with a vertical line (|). 5. A circle with a diagonal line (\\). 6. A circle with a curved line (arc). 7. A circle with a wavy line (wavy arc). 8. A circle with a question mark (?)

[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. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات الاصنفية بكلية الطب بالرباط

10 mars 2023

Laboratoires Sothema
TOBRADEX® 0,30/1% collyre en
AMM N°: 524/ 18 DMP
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

Mme NAZIH Laila

COMPRESSES CHAUDES

Le soir, dans l'œil gauche, pendant 15 jours

TOBRADEX: COLLYRE CL

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 15 jours

TOBRADEX : pde PO

1 application / jour, le soir au coucher, dans l'œil gauche, pendant 15 jours

ZALERG COLLYRE

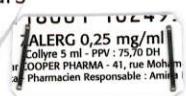
1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

AQUALARM COLLYRE

1gt 4 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

ZENITH Pharma
PPC : 145,0 DH

325,00



الساحل 2 . رقم 19. الطابق الثاني. دار بووزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

Dr. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة بكلية الطب بالرباط

22 mars 2023

PPU: 168,20 DH
LOT: 650129
PER: 07/24

Mme NAZIH Laila

16/8/20

AUGMENTIN 1G SACHETS/16



1g 2 fois par jour, après repas, pendant 8 jours

FUCCITALMIC

1 app par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours



37,20

20/5/20

Dr NASROUNI Rihab
Ophtalmologiste
Littoral 2 N° 19 2ème Etage
Dar Bouazza Casablanca
Tél: 05 22 29 26 43

PHARMACIE EL HAMDOULIAH
D.F. ZAIDI Harida
Lot. Anssari 123 Dar Bouazza Casablanca
ICE: 09 46 WHASSAP: 06 00 73 33 76
INPE: 09 2067214

Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invilie
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NRQ
PPV : 37 DH 20



السادل 2 . رقم 19. الطابق الثاني. دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة النبيض)

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com