

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.

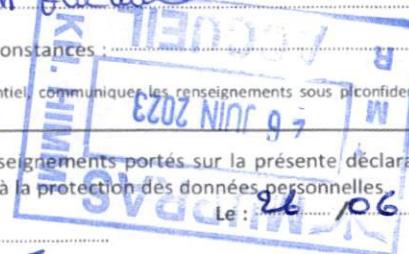
N° W21-776299

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7337		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUHADDIoui Abderrahmane			
Date de naissance : 12/03/68			
Adresse : Laftuelle			
Tél. : 0661052188 Total des frais engagés : 341,30 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
ELENA KHOUSSA Khadija Ophtalmologue - Homéopathe Lot 10 - 11 selouane Bd Oued Melouia N°33-OuMa -Casa Tél: 05 22 89 36 20 - 06 65 38 53 36			
Date de consultation : 17/06/2023			
Nom et prénom du malade : BOUHADDIoui Abderrahmane			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 26/06/2023



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

~~Dr. BENAICUSCA Khadija
Homéopathie - Homéopathe
Médecine Bio-Cellulaire~~

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/23 SA. 30FM	3620-6800- Tel: 05-22-89-22-26 SA. 30FM INPL092019990

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODDF.

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																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	H	35533411	11433553	D			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
B	00000000	00000000																				
H	35533411	11433553																				
D																						
B																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte - Strabisme - Glaucome
- Contactologie - Angio - OCT - Laser
- Chirurgie de la myopie : Lasik - Smile

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca

Sur rendez-vous الزبارة بالموعد

الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء

- العدسات اللاصقة - تصوير الشبكية

- جراحة تصحيح البصر : لازيك - سمايل

الطب المثلث

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدارالبيضاء

17 juin 2023

Casablanca, le :

Mr. BOUHADDIOUI ABDERRAHMAN

45.90

1/ CILOXAN COLLYRE



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothera

Remboursable AMO

PPV : 45,90 DHS 406434

FRAKIDEX
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°218/16 DMP/21/NRQ



6118001270118

PPV : 24,60 DHS

LOT: H8364
Fab: 04-2022
Exp: 03-2024

1 goutte 5 fois par jour, dans l'œil droit

24.60

2/ FRAKIDEX COLLYRE

1 goutte 5 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 10 jours

20.80

3/ FRAKIDEX POMMADE

1 app le soir, dans l'œil droit, pendant 10 jours

T = 91.30 Dhs

FRAKIDEX Pom. Optica 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

Date de fab 11.2022
Date Exp 10.2024
Lot 892

Dr. BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologiste - Homéopathe
Lot 10 - 3ème étage - Salwane Bd Oued
Melouia N°33-Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36

PHARMACIE HALIFATEH
Dr. TAHIRI
Lot 10 - 3ème étage - Salwane Bd Oued
Melouia N°33-Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 89 36 20

RDN Tarihi