

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

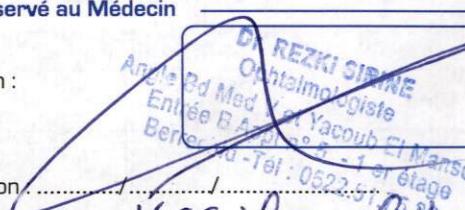
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	10585	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		KSSIBA EL HAIBI B	
Date de naissance :		1963	2
Adresse :		Bersachia	
Tél. :		06.07.358836	Total des frais engagés : _____ Dhs

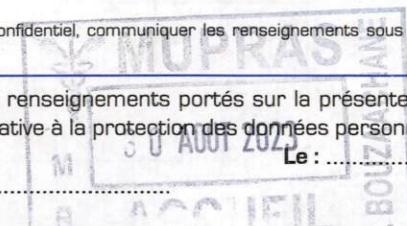
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	1/1/2019		
Nom et prénom du malade :	KSSIBA EL HABIB		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection oculaire		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : / /

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
28/10/2009	CT Crustit			SIRINE El Mansour 0522 12 12 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NASROLLAH BERRECHID al Nasrollah N°327 - Berrechid 05 22 51 67 19	28/08/2023	36690

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

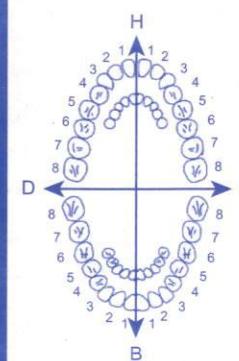
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX										
	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D	G											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
		MONTANTS DES SOINS										
		DATE DU DEVIS										
		DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.REZKI Sirine

Maladie et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Toulouse

Ancien médecin de l'hôpital 20 août de Casablanca

Chirurgie de la cataracte par phaco

Emulsification, Chirurgie réfractive, Angiographie, Laser

Lentilles de contact, Rétinopathie diabétique



الدكتورة رزقي سرين

طب وجراحة العيون

طبية ساقية بوسنتيفيات توازون

طبية ساقية بوسنتيفيات ٢٠٣٥ غشت بالدار البيضاء

جادة الجلالة بالصحي - تصميم المصم بالليل

تصوير الأوعية الشبكية . عدسات الاصنفه فحص الشبكية

FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

ANM n°21B/16 DMP/21/NRQ



LOT عمار

FAB/نفاد

04-2022

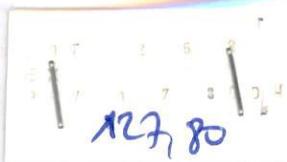
EXP/الانتهاء

03-2025

H8384

6116001270118

PPV : 24,60 DHS



28 août 2023

Mr. KSSIBA El Habib



CHIBROXINE 0,3%

Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1 Boukouar - 27182 - MAROC

ARES 500MG COMPRIME PELLICULE

369 1 cp le matin, 1 cp le soir, pendant 7 jours

CHIBROXINE COLLYRE

369 4 fois par jour, pendant 15 jours , œil opéré

FLORAVISION (bleu)

266 4 fois par jour, pendant 1 Mois , œil opéré

FRAKIDEX COLLYRE

380 4 fois par jour, pendant 15 jours , œil opéré

INDOCOLLYRE

380 4 fois par jour, pendant 15 jours , œil opéré

PANSEMENT OCULAIRE STERILE

380 a changer , œil opéré



FLORAVISION

PPC: 110.00

UtAv | Lot

07/24 22008

V2 - Rev. 25/10/2018

System
Compatible with all types of



زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور
(فوق قيسارية الحاج احمد جانب مختبر ابن سينا)اقامة الحاج احمد الطابق الاول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél: 05 22 51 75 39/whatsapp:06 56 16 04 86 - E-mail : cabinetrezki@gmail.com

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 0,1%
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/ رقم الإنتاج : H8956
FAB/廠家 : 10-2022
EXP/ تاريخ انتهاء الصلاحية : 03-2024

Barcode
6118001270088

PPV : 58,00 DHS