

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-644321

A 78398
 Optique
 Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 7013	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BOUGARI SAID		
Date de naissance : 6 Janvier 1964		
Adresse : TOTAL PORTICAL HAY LIAMOUADE VILLANR 22 USCALFA		
Tél. : 0661293333	Total des frais engagés : 638,00	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 09/08/2023		
Nom et prénom du malade : BOUGARI SAID Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : 91923 CASA
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
09/10/23	08		2600	INP : INPE: 091242545 SAIFAOUH NEDJA Infirmier de 1er Etage D 101 09/10/23

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Salma	09/08/1981	180,60
	09/08/1981	188,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []								
				MONTANTS DES SOINS []								
				DEBUT D'EXECUTION []								
				FIN D'EXECUTION []								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">D G</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				MONTANTS DES SOINS []								
				DATE DU DEVIS []								
				DATE DE L'EXECUTION []								

Corneregel Gel ophta 10g

ZENITHPHARMA

AMM N° 89/15 DMP/21/NNP

PPV: 76,10 dhs

Vignette

LIMA01 / 49809300/1-MA

OUC**Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot****Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France****Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca**

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

- Chirurgie réfractive

- Maladies et chirurgie des paupières

- Maladies de la cornée (Kératocône)

- Maladies de la rétine

- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers

**د. نوره الصيفاري**

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس

دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببرист طببية سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة بالليزر

- تصحيح البصر

- أمراض الدموي وجراحة الجفنون

- أمراض القرنية

- أمراض الشبكية

- الليزر

ORDONNANCE

Casablanca le 09 Aout 2023

Mr. BOUGARI Said**LOTEMAX**

1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours

1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours

1 goutte 1 fois par jour pendant 5 jours, dans les &

HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 4 à 6 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

CORNEREDEL

1 application par jour le soir au coucher , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

راجع شرة العبوة
Voir la notice.AGITER VIGUEREMENT AVANT
UTILISATION ترج المقارنة بثورة قبل الاستعمال

جدول أدقالية (1) (1)

Distribué au Maroc par Zenith Pharma

رخصة الموزع رقم: AMM Maroc N° 60200/DMP/21/NRCDNM

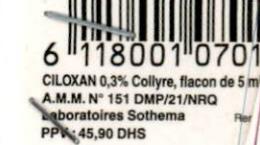
PPV = 112,50 DHS

LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
Bausch & Lomb Incorporated 2020 ©
Bausch & Lomb Incorporated شركات مسجلة لها أو
Bausch & Lomb Incorporated 2020 ©
الشركات التابعة لها.

193، شارع أم الربيع (قرب ليديك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté de lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
laboratoires Sothema Ref
PPV: 45,90 DHS



Diplôme de Chirurgie Générale de Brest - France
Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
 - Chirurgie réfractive
 - Maladies et chirurgie des paupières
 - Maladies de la cornée (kéatocône)
 - Maladies de la rétine
 - Echographie, Angiographie, OCT et Lasers

~~HER MEDIC
PPC
99.00 DHS~~

دبلوم تدريب تخصصي
دبلوم الجراحة الانكستار
طبيبة سابقة بمستشفي

- جراحة الجاللة بالليزر
 - تصحيح البصر
 - أمراض الدموع وجراحة الجفون
 - أمراض القرنية
 - أمراض الشبكية
 - الليزر

ORDONNANCE

Casablanca. le

09 AcuT2023

Mr. BOUGARI Said

PHYLARM. LAVAGE CL

1 lavage oculaire 4 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

CILOXAN COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour
dans les deux yeux, pendant 8 jours

TOBRADEX COLLYRE

~~1 goutte 3 fois par jour pdt 5 jrs~~
~~1 goutte 2 fois par jour pdt 5 jrs~~
~~1 goutte 1 fois par jour pdt 5 jrs, dans les deux yeux~~

193، شارع أم الريان (قرب ليك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté de lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com