

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

18/19/20

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 96.16

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KANA - SAID

Date de naissance :

Adresse : PANOURAMAX BLOCK, N° 1 INT. BARNIUSSE

N°21

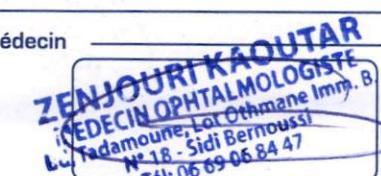
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : KANA - Said

Age: 57 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : TT allergique

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) :



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
01/11/2023			300 DIA	ZENJOURI KAOUTAR MEDICIN ORTHOMOLISTE Tadamoune, Lot Othmane Imm. B. N° 18 - Sidi Bernoussi Tél: 06 69 06 84 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hassini	11-11-23	300 DIA

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
D	00000000	00000000	G	
B	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zenjouri Kaoutar
Ophtalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux

Chirurgie de cataracte - Glaucome
Laser Rétinien - strabisme
œil et diabète
Pathologie vitréo-rétinienne
chirurgie des paupières et des voies lacrymales
Angiographie - OCT



الدكتورة زنجوري كاوتر

طبيبة العيون

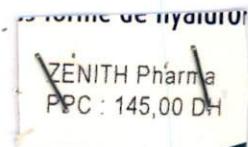
أمراض و جراحة العيون

جراحة البلاة - داء الزرق
علاج الشبكية بالليزر - علاج الحول
اعتلال العين بداء المكري
أمراض الصانل الزجاجي والشبكية
جراحة الجفون و مماليك الدمع
تصوير الأوعية الدموية

Casablanca, Le mercredi 1er novembre 2023

Said KANA

- 24,60 - FRAKIDEX collyre : fl 5 ml :
Une goutte trois fois par jour pendant 2 semaines.
- 145,20 - Aqualarm unidose :
Une goutte quatre fois par jour pendant deux mois.
- 104,30 - PHYLARM sol p lavage oculaire : 16 fl unidoses 10 ml :
un lavage deux fois par jour pendant 2 semaines.
- 50,10 - otad 0,1 :
Une goutte trois fois par jour pendant une semaine.
Puis
Une goutte deux fois par jour pendant un mois.



Sulfate de framycétine, phosphate sodique de dexaméthasone

collige en solution

BAUSCH + LOMB

- Utilisez lire attentionnement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre pharmacien, parlez-en à votre médecin ou infirmier, mais aussi aux autres personnes qui l'ont donné.
- Ce médicament vous a été prescrit personnellement. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre pharmacien ou à tout autre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique



Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm

HER MEDIC
PPC
104.00 DHS



16 u...oses stériles de 10 ml

À chaque fois
que l'œil est irrité