

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° W21-792633

181915

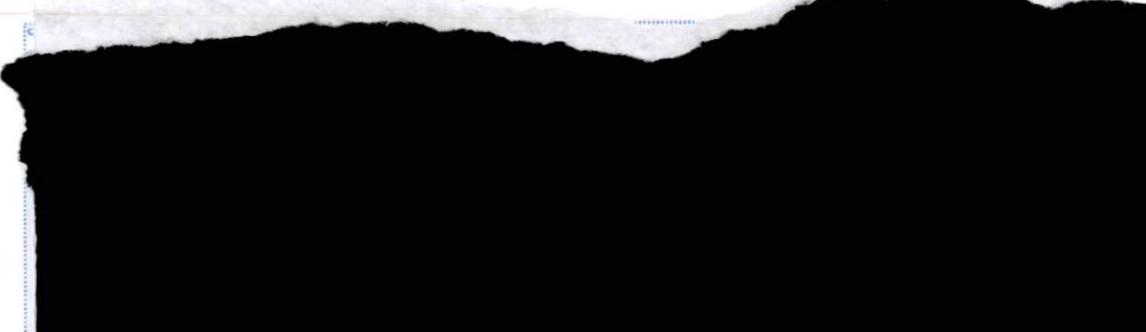
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9297	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ALLALI TARIK			
Date de naissance : 11-02-1981			
Adresse : 16, rue Duke howard, casab			
Tél. :	0661 92 67 28	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Loujana KHAYAT OPHTALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 95 12 89			
Date de consultation : 1			
Nom et prénom du malade : LAAZABAL MERYEM Age: 42			
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 : 03/04/2023
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 03/04/2023



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
El. 14.2.17		G 3000		INP : 091085820 Dr. KHALID AL MOLOGISTE El Mansour, Rés Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES, B cal. Etat 05 22

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HIND BENHOUSSA Hind Benhoussa Cachet Benhoussa 06 22 68 83 73	24/10/2023	124,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin a l'hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

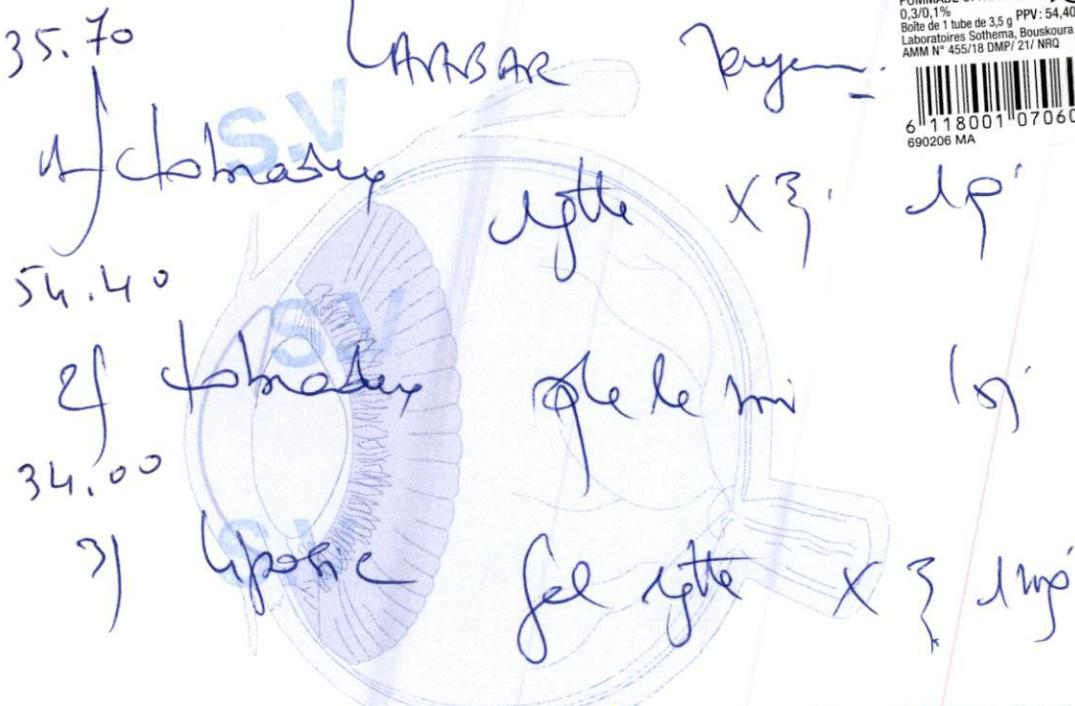
Casablanca, le:

24.10.27

رخصة السياقة

الدار البيضاء في:

TOBRADEX®
POMMAD OPHTALMIQUE
0,3/0,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRO
6 118001 070602
690206 MA



Dr. Loubna KHAYAR
OPHTHALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Anfal, Etage N° 2 Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

PHARMACE DU CAF
Dr. Hind Bnoumoussa
100 Bd El Khouane
Tél: 05 22 95 83 70

235, شارع يعقوب المنصور - 1 - قامة الأنفال - عمارة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89
235 ,Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im ." A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

406836 MA

Facture N° FAC-16784

Date : 25/10/2023

Laabar Meryem

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
LIPOSIC 10G GEL OPHTALMIQUE	1	34,00	34,00
TOBRADEX PO POMMADE OPHTALMIQUE	1	54,40	54,40
TOBRADEX CL 5ML COLLYRE	1	35,70	35,70

Total Organisme	0 DHS
Total Client	124,10 DHS
Total	124,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent vingt-quatre DHS et dix centimes

PHARMACIE DU CEF
Dr. Hind El Boussa
1 Rue Okhawar
Tél : 07 22 39 81
cef