

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

Matricule : 9533

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN SOUDA HICHAM

Date de naissance : /

Adresse : /

Tél. : 0660942890

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : BEN SOUDA HICHAM Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Glaucome

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : CASA

Le : 08/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : BEN SOUDA HICHAM

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
05/10/23	Ch		650,0	DR. SAUZALY

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ROUTE DE BOURGOGNE 22957 SAINT-JEAN	25/10/23	275,00

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
		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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arches with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. Letters H, G, D, and B are marked on the diagram to indicate specific teeth or areas."/				

Dr. Nora SAIFAOUI

Ophtalmologiste

Adultes & Enfants

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. نورة الصيفاري

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس

دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريس

طبية ساقية بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة العجلة بالليزر

- تصحيح البصر

- أمراض الدموع وجراحة الجفن

- أمراض القرنية

- أمراض الشبكية

- الليزر

ORDONNANCE

05 octobre 2023

Casablanca, le

Mr BENSOUDA HICHAM

68,80 x 4
275,20
1 goutte 1 fois par jour à la même heure, dans les deux yeux, pendant
3 Mois

THEALOSE COLLYRE

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

CARTEOL L.P. 2% ○ LOT/ رقم النعمة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 68.80 DHS

66670

CARTEOL L.P. 2% ○ LOT/ رقم النعمة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 68.80 DHS

66670

H9651
07-2023
06-2025

66670

CARTEOL L.P. 2% ○ LOT/ رقم النعمة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 68.80 DHS

66670

H9651
07-2023
06-2025

66670

CARTEOL L.P. 2% ○ LOT/ رقم النعمة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 68.80 DHS

66670

H9651
07-2023
06-2025

66670

PHARMACIE ET PHARMACIE
ROUTE DR. JADIDA
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

193، شارع أم الريان (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