

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Medicaments :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Pathologie 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.

Thérapie et 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.

Opticien :

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

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

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8359

Société : PAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bousbina Khacid

Date de naissance : 16-01-66

Adresse : GOLF CITY VILLAS BOUSKOURA

VILLE Verte

Tél. : 0663722708 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd... 22358 023 98 15 03

Date de consultation : 18/10/2023

Nom et prénom du malade : BERRADA NAJLA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : AFFECTION Oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 0707 AON 72

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 18/10/2023

Signature de l'adhérent(e)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2/10	CS	250,00	INP : 07/04/2015 15/03
2/3			URAKA Optalmologiste 405 Bd Al Qods N° 1 92326577-073981503

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.10.23	135,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

achet et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

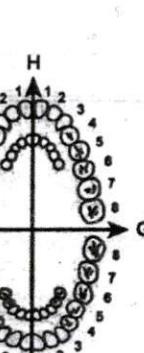
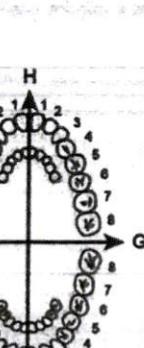
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	
	
	
	
	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-		-		B	35533411	11433553	G	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
-		-																
B	35533411	11433553	G															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



- Diplôme **Contactologie** à l'université de Bordeaux
 - Diplôme **Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification** Université de Besançon
 - Diplôme **Oeil et Médecine Interne** Université Pierre et Marie Curie - Paris
 - Diplôme **Imagerie et Pathologie Rétinienne** Hôpital Lariboisière - Paris
 - Diplôme **OCT en Ophthalmologie** à l'université de Bordeaux

حراحة السادس (الخلالة) بالامواج

فوق الصوتية

تخطيط الشبكة الوعائي

الليزر - المحوّل

نحويم الرويه بالميرر - العدسهات الالاسمه

18 octobre 2023

18 OCTOBRE 2023
Casablanca, Le

Mme BERRADA Najlae

135,00

1/ EOLE DUAL COLLYRE

S.V

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Dr.RAKKAA Ama
Ophthalmologiste
405 Bd Alsace N 7
Télé: 03 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

EOLE dual

Hyaluronate de sodium 0,2%
Hypromellose 0,2%

Sécheresse oculaire
modérée à sévère

Hydratation
Intense et
Durable



Sans conservateur
Sans phosphates

10 ml



Gouttes oculaires

apaisante et protectrice de la
surface des yeux.

COMPOSITION:

Hyaluronate de sodium 0,2%

Hypromellose 0,2%

Eaux distillées: Aloé vera,

Camomille, Vaccinium myrtillus

(Myrtle) et Rosa canina (églantier).

Excipients: acide Borique, chloride

de sodium, tetraborate de sodium

decahydraté, WFI.

EOLE dual

Sodium hyaluronate 0,2%

Hyprbmellose 0,2%

Moderate to severe
Dry eyes

Prolonged
& Intense
hydration



Preservative free
Phosphates free



10 ml

Ocular drops

LOT



E 04 22
12/2025

PT : 135,00