

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-796159

A 84687



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 02788

Société : Retraité

Actif Pensionné(e)

Autre : LAÏKA

Nom & Prénom : KERMOUDI

Date de naissance : 03/03/1963

Adresse : Les Jardins de l'Océan V6
Quartier VERZEEZ DAR BOUARZA CASA

Tél. : 0661214442 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/10/2023

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Conjoint

Enfant

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 : 0050

Le : 24/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/09/23	CS		250DH	INP : 0012041507 Dr NASROUH AIBAO Ophthalmologiste Littoral 2 N° 172 - 1 ^{er} étage Dr Bouazza - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/23	678,00

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

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.				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H		G	
	25533412 00000000	21433552 00000000		
	D	G		
	00000000 35533411	00000000 11433553		
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>				

Dr. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم المدنسات الالكترونية بكلية الطب بالدار البيضاء

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

6118001270354

عيار/ LOT H9070
FAB/ تاريخ الإنتاج 10-2022
EXP/ تاريخ الإنتهاء 09-2024

PPV : 75,00 DHS

24 octobre 2023

Mme KERMOUDI LAILA

LEVOPHTA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

84,00x2
NAABAK

1 gte x 3/j, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

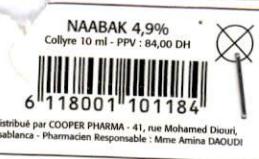
AQUALARM COLLYRE

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

145,00x3

678,00

PHARMACEUTIQUE
DE L'OCEAN
Route d'Almouzine
Dar Bouazza - Casablanca
Tel : 05 22 29 08 32
AC : 399369 - + 0 522 29 08 32
Fax : 05 22 29 08 32



ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

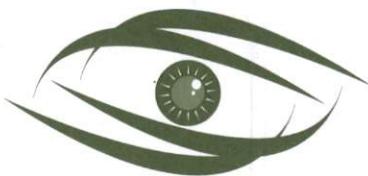
ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

الساحل 2، رقم 19، الطابق الثاني، دار بو عزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة النبض)
Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)
Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

Dr. Rihab NASROUNI
Ophthalmodiagliste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صفار وكمار

- طبببة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة بكلية الطب بالرباط

24 octobre 2023

Mr. KERMOUDI LAILA

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets**

VL : OD = + 1.25 (- 0.25 à 106°)

OG = + 0.75

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50

Dr NASROUNI Rihab
Ophthalmologiste
Littoral 2 N°19 2ème Etage
Dar Bouazza - Casablanca
Tel: 05 22 29 26 43

الساحل 2 ، رقم 19، الطابق الثاني، دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com