

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0013255

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

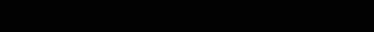
Matricule :	0507	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	18/01/2023
Nom & Prénom :		TOUILE MOSTAFA	
Date de naissance :		01/01/1944	
Adresse :		HAY ALQODS RES ALFAJR IMP E N°6 BERNAUSSI CASABLANCA	
Tél. :		06 73 17 15 45	Total des frais engagés : 287,65 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	13/12/2023	Nom et prénom du malade :	Mr TOUILE Mostafa
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :	CASABLANCA		
Signature de l'adhérent(e) :	Le : 19/12/2023		







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 Relèvement des Actes
13/04/23	O	100		<i>Docteur CHELI 82, Rue Sadi Carnot Quartier des Halles 75000 Paris Tél: 05 70 00 1931 INPE: 03 30 00 1931</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA GARE</i>	13/04/23	227,65

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G	
	B			
	D	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	G	
	B			
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la Cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشالي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
جراحة المياه البيضاء - الحول
القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العين

MERCREDI 13 DECEMBRE 2023

Monsieur TOUILÉ Mostafa

PHARMACIE BLOC "C"
GHOFRANE
Rue 2 N° 716 Bloc (C)
QAI Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

- MAXIDROL collyre :

1 goutte, 4 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours
1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours
1 goutte, 2 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours
1 goutte, 1 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- CILOXAN collyre :

1 goutte, 4 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- MAXIDROL pommade :

1 application, le soir au coucher, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- SPECTRUM 250 mg :

1 comprimé, le matin et soir, au milieu des repas, pendant 5 jours

- SERUM PHYSIOLOGIQUE:

1 toilette oculaire, le matin, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- COMPRESSES STERILES 20 / 20 : 2 boites

- RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES : 2 boites

PHARMACIE GHOFRANE BLOC "C"
Rue 2 N° 716 Bloc (C)
QAI Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca

05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urne : 06 61.33.04.44 - WhatsApp : 06 52.10.00.12

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II
Casablanca
Tél : 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2
عقار فبات & جيب - الطابق الثاني هي - النخيل الدار البيضاء
05 22.29.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70
06 52.10.00.12 : 06 61.33.04.44

6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO
406434

ZENITH Pharma
PPC : 47,75 DH

6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura

Maxidrol® collyre, 5 mL

1mg/3500UI/6000UI/pour 1 mL

AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV

PPV : 30,10 DH

406995 MA

6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura

Maxidrol® collyre, 5 mL

1mg/3500UI/6000UI/pour 1 mL

AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV

PPV : 30,10 DH

406995 MA

6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura

Maxidrol pommaade opthal., 3,5 g

A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI

PPV : 22,40 DHS

406805

51,40