

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-846165

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13233

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Raini Mouna

Date de naissance : 14/08/1995

Adresse : Rés. Les Perles de Casablanca, Imma, Zone
Ety, N°12, Maarif, Casablanca

Tél. : 06 25 68 53 69

Total des frais engagés : 342,4

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Kaouthar DGADEG
Ophtalmologiste
Rés. Palmier, Bd Brahim Roudani
Entrée B9, 1er étage, Casablanca
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 091186262

Date de consultation : 14/03/2024

Nom et prénom du malade : RAINI MOUNA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Casablanca


Le : 15/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
14/03/24	G		302,00 DH	Dr Kaouthar BOUAFIA Ophthalmo-Logiste Rés. Palmier, 1 ^{er} étage, Casablanca Entrée B9, 1 ^{er} étage, Casablanca Tél : 0522 98 88 66 INPE : 091186262

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/03/24	42,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

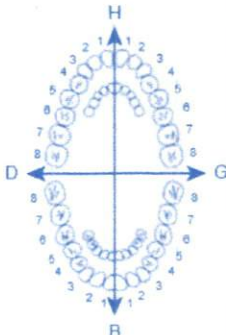
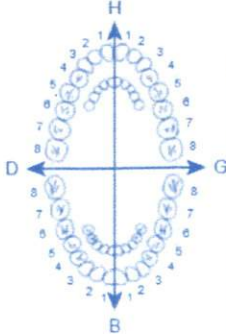
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX																				
																									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	11433553	00000000	35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX
H		G																							
25533412	21433552	00000000	00000000																						
00000000	00000000	00000000	11433553																						
00000000	35533411	11433553																							
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Kaouthar DGADEG

Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des yeux Adultes et Enfants

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome
- Laser
- Angiographie
- OCT



الدكتورة كوثر الدثاڠث

إختصاصية في أمراض و جراحة
العيون للكبار و الأطفال

- عضوة في الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الجلالة بالموجات فوق الصوتية
- تقويم الحول
- الزرق
- الليزر
- تصوير الأوعية الدموية للشبكية

Casablanca, le jeudi 14 mars 2024

Madame RAINI Mouna

23.00
- **FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine.Dexaméthas)**

1 goutte, 4 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 10 jours

19.40
- **FRAKIDEX POMMADE (Framycétine.Dexaméthas)**

1 application, le soir, dans l'oeil gauche, pendant 10 jours

= 42,40

Dr Kaouthar DGADEG
Ophtalmologiste
Rés. Palmier, Bd. Brahim Roudani
Entrée B9, 1er étage, Casablanca
Tél : 0522 98 88 66 - INPE : 091186262

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITH PHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc.
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ
LOT/ رقم النعمة K1173
FAB/ تاريخ الإنتاج 10 - 2023
EXP/ تاريخ الانتهاء 09 - 2025
6118001270118
PPV:23,00 DH
66672

إقامة النخيل، 285 ، شارع إبراهيم الروداني - مدخل B9 - الطابق 1 ، شقة 3 - الدار البيضاء

Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim ROUDANI - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca

E-mail : blankavision@gmail.com - Tél.: 0522 988 866

