

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.

Éducation :

- 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.

Prothèse 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Assurance 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 personnelles.

Adresse : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème 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 : N° P19- 0016156

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605 Société : Retraite RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : EL ADDALI Thami Date de naissance : 01/08/1947
Adresse : BLOCH N° 116 Itouzia Idnaha
Tél. : 0654234684 Total des frais engagés : 471,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/2019
Nom et prénom du malade : EL ADDALI THAMI Age : 72 ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Anévrisme + prothèse
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 : Le : 05/08/19

Signature de l'adhérent(e) :
Signature de Dr. DIOURI HILAL, Ophthalmologist

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
05/08/19	CS	1	250 DA	
03				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/19	221,20

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
		A M	P C	I M	I V	

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
		H																
		25533412	21433552															
00000000		00000000																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Docteur DIOURI Hilal

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie Refractive (LASIK)

Lentilles de Contact - Angiographie-Laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex-Dn Attaché des Hôpitaux de Paris



الدكتور ديوري هلال

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة تصحيح البصر (بالليزر)
العدسات اللاصقة - العلاج بأشعة الليزر

تصوير الشبكة

خريج كلية الطب بباريس

سابقا بمستشفيات باريس

6 118001 102495

ZALERC 0.25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV 17% - sans Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amna ELADRI

11/2018
11/2020

6 118001 102495

ZALERC 0.25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV 17% - sans Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amna ELADRI

11/2018
11/2020

Kénitra, le 05/08/19 في القنيطرة

M. ELADDAË TNAË

24,60

ZENITH Pharma
AMM N°218/16 DMP/21/INRQ
PPV : 24,60 DH

LOT: 6108
FAB: 01-2019
EXPI: 01-2021



1/ Fraxidex 800

$75,70 \times 2 = 151,40 + 17,20$

2/ Zalerg 800

$45,00$

3/ Xyzall 800

$221,20$

EXP 02 2023
PPV 45 20

Dr. DIOURI HILAL
Ophthalmologist
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
80, شارع محمد السادس - القنيطرة
الهاتف: 05 37 37 81 36



80, Av. Mohamed Diouri 4^e Etage
(Ascenseur) N°12 - Kénitra
- Au dessus Café MONALISA -

INP : 051045094

الهاتف: 05.37.37.81.36

80، شارع محمد الديوري الطابق الرابع
(المسعد) رقم 12 - القنيطرة
- فوق مقهى موناليزا -