

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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

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° W19-520128

ND: 25 428

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

JO 59

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SELEH

ABDELLAH

Date de naissance :

23/12/1956

Adresse :

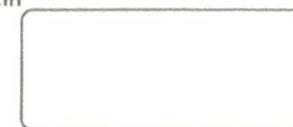
Tél. : 0671802577

Total des frais engagés :

1042,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

A

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

C

Nature de la maladie :

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CADA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-520128

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
63R026	Cr		4.00 DH	INP : 041202383

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Montmartre avenue l'Ermitage - 93 19,22 t.a. 1,20 t.v. 0,75</i>	<i>21/3/2020</i>	<i>642,40</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Juré 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
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radioographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que l

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST

Professeur ZADNASS Abdallah
Ophtalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn Rochd CASABLANCA
Ancien résident de CHU de Nantes - France
Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification
Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne
Angiographie , laser rétinien , OCT
Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله
طب العيون
أستاذ مبرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
جراحة وأمراض العيون
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا
جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية
أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر
جراحة الشبكية

Agadir, le lundi 2 mars 2020

BELLAJ Abderrahim

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A.--
21,rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

- COSOPT COLLYRE (Timolol+Dorzolamide) fl

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux,

- XALATAN (Latanoprost)COLLYRE à 0,005% fl

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux,

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A.--
21,rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER

64240

Professeur ZADNASS Abdallah
Ophtalmologiste
Bd. Chaikh Saâdi
Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 43 78
Fax : 05 28 82 22 21
E-mail : zadcabinet@gmail.com

Pharmacie l'Ermitage
18, Avenue l'Ermitage - Casablanca
Tél. : 05 28 84 43 78
Fax : 05 28 82 22 21

كوزوبت®
Cosopt®

LOT S029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملخ/ممل + 5 ملخ/ممل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 مل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب إحترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بوجب وصفة طبية - قائمة I (الائحة 1)



كوزوبت®
Cosopt®

LOT S029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملخ/ممل + 5 ملخ/ممل

collyre en solution
Dorzolamide/
Timolol

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 مل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب إحترام الجرعات الموصوفة

لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بوجب وصفة طبية - قائمة I (الائحة 1)



Professeur ZADNASS Abdallah

Ophthalmologiste

Ex . Enseignant au CHU Ibn Rochd CASABLANCA

Ancien résident de CHU de Nantes - France

Chirurgie de la Cataracte par Phacoemulsification

Chirurgie de la Myopie, Pathologie rétinienne

Angiographie , laser rétinien , OCT

Chirurgie vitreo - rétinienne

الدكتور زادناس عبد الله

طب العيون

أستاذ ميرز بمستشفى ابن رشد الدار البيضاء

جراحة وأمراض العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي نانت فرنسا

جراحة المياه البيضاء بالأشعة الصوتية

أمراض الشبكية تصوير الأوعية العلاج بالليزر

جراحة الشبكية

HONORAIRE CONSULTATION N° 043/2020

DATE : 02/03/2020

NOM ET PRENOM : BELLAJ ABDERRAHIM

ACTE C2 : FOND D'ŒIL+CONSULTATION

HONORAIRE CONSULTATION 400 DHS

QUATRE CENT DIRHAMS

Professeur ZADNASS Abdallah
Ophthalmologiste
Imm. Marhaba Bd. Chaikh Saâdi (Face ERAC SUD) Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 83 00 | 05 28 82 22 21 - Fax : 05 28 84 43 78
Tél. 052882221 Fax 0528844378

ICE:
001717223000009