

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ntaire :

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.

ladie 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 caractére personnel.

N°D: *34682* N° P19- 060458

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0442* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MERZAQ AHMED

Date de naissance :

01.01.1964

Adresse :

396.NAWRASS ARBOUZZA-CASA

Tél. : *0671907244* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/02/2022

Age :

Nom et prénom du malade :

EL MATELI EL Bataoui

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Paiement des Actes
28.2.20	Co 42		3000fr	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Sead BOUZIAZI - DABO - LAOUNIANE PHARMACEUTIQUE LAHILFA - DAR BOUZIAZI 022 - 96.52.64 061 - 86.02.18	28/12/2020	284,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	B 00000000 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BOUKHRISSA Mounia

Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgie de cataracte • Maladies rétiniennes

Strabisme • Laser • Echographie • Angiographie

Lentilles de contact



الدكتورة بوخرس مونية

طبيبة العيون

خريجة كلية الطب
باريس

جراحة الملاحة * أمراض الشبكية

الخلول * الليزر * تصوير المثلثية

العدسات اللاصقة

le vendredi 28 février 2020

Madame El Batoul El Malki



DANS LES DEUX YEUX :

DANS LES DEUX YEUX :
ZALERG COLLYRE : 1 Goutte x 2 / j pendant 2 mois.
44,40 x 3 = 133,20
Celluvisc : 1 Goutte X 4 / J pendant 2 mois
284,60



CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE مصحة النور للعيون

Clinique Nour d'Ophtalmologie 25, Route des Facultés,

Oasis, Lot Gnymer - Casablanca Téléphone: 05 22 23 49 89 LG

Fax: 05 22 23 49 87 - GSM: 06 82 90 23 86

E-mail: boukhrissamounia@yahoo.fr

مصحة النور للعيون : 25 ، طريق الجامعات،

الوازيس، تجزئة كنيمر - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 49 89 LG

الفاكس : 06 82 90 23 86 - المحمول : 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني : boukhrissamounia@yahoo.fr