

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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.

MUPRAS : 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3235 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NEJDIA Naima

Date de naissance : 01-01-45

Adresse : 20 du Palais (B) Rue Ahmed Chraïbi

Tél. : 0661156276 Total des frais engagés : 191456,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2020

Nom et prénom du malade : NEJDIA NAIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 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 28/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : NEJDIA NAIMA

Actes	Actes	Coefficient	des Honoraires
28.7.20	u	Cs	

Docteur
 J. ZAIM
 Ophthalmologiste
 TALMO CLINIQUE DE CASABLANCA
 Casablanca
 Maroc
 13, Rue de la
 Marocaine
 Casablanca
 25/11/2011

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Oul d'Anfa Benhayoune Benjelloun Béja Docteur en Pharmacie 194 Bd d'Anfa, Casablanca	28/7/20	1246,00

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	

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								
Diagramme d'alignement des dents (Dents de 1 à 8)											
D H G B											
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES											
Diagramme d'alignement des dents (Dents de 1 à 8)											
D H G B											
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H	21433552										
25533412	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
C											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
MONTANTS DES SOINS											
DATE DU DEVIS											
DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

O

Ma 190,00

LOT

PPC:

PT1904164291

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

22,60 FLUCON

S.V

Mme NEJDI NAIMA

28 juillet 2020



84,00 NAABA

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

S.V

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant

190,00 * 6 HYLO-DUAL

124,60

Docteur
J. ZAHM
Ophtalmologiste

Urgence 24/24

Hôpital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
02.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 Web : www.ophtalmoclinique-casa.com
I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement. Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Réimboursable AMO
406865

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

FLUCON[®], collyre

Fluorométholone

b) COMPOSITION

Fluorométholone 0,1 g

Chlorure de benzalkonium 0,01 g

Phosphate monosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80, chlorure de sodium, tétracémate de sodium, alcool polyvinylelique, méthylhydroxypropylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydrochlorique, eau purifiée