

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.

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-476605 /2948

41695

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2948

Société :

REtraite

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

LENZAONI MOhamed

Nom & Prénom :

Date de naissance :

1946

Adresse :

EDDLADLA ouled idez Sidi el Aïchi

Tél. :

0661314535

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

15 SEP. 2020

VOL ET ADHÉRENT

Il est recommandé de faire une copie de cette déclaration et de la déposer dans la boîte aux lettres de la Mutuelle. La déclaration sera conservée pendant 10 ans.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 15.01.2020 | CS | | 200,00 | 06/01/2020 Dr. SIDI EL AYDI |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie SIDI EL AYDI N° 6 - Sidi El Aydi Tél : 0523 72 25 48 | 21/01/20 | 404,80 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

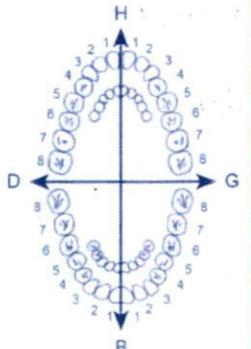
SOINS DENTAIRES

| Traitées | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G | | |



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE



Docteur Soufiane BADRI
CHIRURGIEN-OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدرى سفيان
أخصائى طب و جراحة العيون

21 janvier 2020

Mr. LEMZAOUI MOHAMMED

1/ NAVIBLEF - MOUSSE POUR PAUPIÈRES

16,20 x 3 1 massage des paupières matin et soir , 6 Mois

2/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours puis attendre 12 jours.
(refaire la procedure 3 mois de suite)

3/ EOLE DUAL COLLYRE

98,00 4 fois par jour, 6 Mois

4/ NAVILITO COLLYRE

77,10 4 fois par jour, 6 Mois

5/ DEXAFREE COLLYRE

76,10 3 fois par jour, 21 jours

6/ CORNERGEL GEL

1 application le soir avant le coucher, 6 Mois

704,80 Prochain RDV le : 04/02/2020 à 08:00

☎ 05 23 71 26 00 ☺ 07 67 224 295

✉ dr.badri.soufiane@gmail.com

📍 Angle Boulevard Hassan II et Rue Ahmed El Hansali, Immeuble Al-Amal 1, 1^{er} étage - Settat

زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة احمد الحنصالي، عمارة الامل 1، الطابق الاول - سطات

Pharmacie CITI AYDI
N 6 - Sidi AYDI
Tél : 0523 / 22 25 48

الدكتور بدرى سفيان
Dr.BADRI Soufiane
Chirurgien-Ophtalmologue
Angle Boulevard Hassan II et Rue
Hansali, n°1 E. Amal 1, 1er étage- SETTAT

Corneregel Gel ophta 10g

ZENITHPHARMA

AMM N° 89/15 DMP/21/NP

PPV: 76,10 dhs

Vignette

L1MA01 / 49809E300/1-MA

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses



PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses



PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses



PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

RIMA PHARMA

PVC : 98,00

6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,

20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI