

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.

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.

Education :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèses :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie à 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

clamation : contact@mupras.com
se en charge : pec@mupras.com
ession 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.

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

N° P19- 0038264

Optique **4639A** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1586**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BELYASMINA Abdallah**

Date de naissance : **11.02.1952**

Adresse : **CASA GREEN TOWN NILLA 66
VILLE NERTE**

Tél. : **06 65 03 44 36** Total des frais engagés : **838** Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : **07 OCT 2020**

Nom et prénom du malade : **BELYASMINA Abdallah**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **ACQUEL**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **ACQUEL**

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **AB 110 1 2020**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	GREEN TOWN	Date	Montant de la Facture
Dr. Maria AZENNAR Centre Commercial Castor Green Town Ville Verte - Bouskoura - Tél.: +212 520 521 750	GREEN TOWN	20/08/2020	₴ 5.381.30₮

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

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
				Coefficient des travaux

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

E01 20
02/2023

Ophtalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et Lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire,
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



le mercredi 7 octobre 2020

Monsieur BELYASMINE Abdallah

87,50

- ZOVIRAX ou CICLOVIRAL 200
1 comprimé 5 fois par jour 7 jours

89,00 dans l'oeil droit

- PHYLARM : à utiliser refroidi
Lavage oculaire le matin à midi le soir 10 jours

140,00

- VIRGAN Gel 2 Tubes
1 goutte 5 fois par jour 7 jours
Puis 1 goutte 3 fois par jour 7 jours

135,00

- EOL DUAL collyre 1 goutte 5 fois par jour 1 mois.

61,00

- Gel Larmes 1 tubes 1 goutte le soir

26,40

- Tobrex collyre
1 goutte 4 fois par jour 7 jours



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods California, 2^{me} étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 00164931700074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

LOT 201192 1

EXP 04 2023

PPV 26 40

26,40



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I. Uniquement sur ordonnance

09/11

Q50

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

Tobramycine

Alcon®

TOBREX® 0,3 %
Collyre 5 ml

Remboursable AMO



6 118000 020417

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine

Alcon®

Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm



HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

16 unido.

de 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**