

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2798

Société : 49395

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAKIB KAMAL

Date de naissance : 20/05/1954

Adresse : 94 Rue el Fourate N° 5 Marrakech CASA

Tél. : 06 66663555

Total des frais engagés : 843,62

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/11/2014

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfan

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 plconfidential à l'at^e 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 : CASA

Le : 04/11/2014

Signature de l'adhérent(e) :

ds
Dr. Othmane Bourmani
Ophthalmologist

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
04/11/20	C.S	—	300.00	INP : 1091010106718111
09/11/20	contrôle	—	G. salut	Dr. HANANE BOURMANI
23/11/20	contrôle	—	0	Dr. HANANE BOURMANI Chiropractrice

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Ophthalma Dr. Ophthalma	23/07/2020	€ 43,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

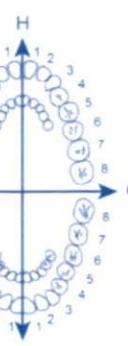
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



المنية العلاج

04 novembre 2020

(S.V.)

Mr. CHAKIB KAMAL

90,00

1/ NAVIBLEF DAILYCARE MOUSSE POUR SOINS DE PAUP

un soin de paupières matin et soir jusqu'à 6 mois

76,20

(S.V.)

RIMA PHARMA
PVC : 90,00

2/ AZYTER

1 goutte x 2 par jour pendant 3 jours - à renouveler tous mois

puis

1 goutte x 2 par jour pendant 3 jours - à renouveler tous les 15 jours pendant 1 mois

Pour les deux yeux

1324-

(S.V.)

Azyter 15 mg/g
Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAoudi

3/ NEOVIS MULTI TOTAL collyre

1 goutte 4 fois par jour jusqu'à 2 mois, dans les deux yeux

74,-

(S.V.)

Steripharma
PPC:134,40 dh

10 ml

4/ LIPOSIC GEL

1 app le soir le soir au coucher , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

334,60

LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Angle Rues
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tél: 0522.25.05
DR Othmane BOURMAN
Ophthalmologiste

LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

CLINIQUE AL MADINA



ORDONNANCE

المنارة العيادة

23 novembre 2020

Mr. CHAKIB KAMAL

22.60 x 2



1/ FLUCON COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pendant 5 jours puis
1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours puis
1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours puis
1 goutte 1 fois par jour pendant 5 jours puis
arrêt, dans les deux yeux

134.40



2/ NEOVIS MULTI collyre

1 goutte 4 fois par jour jusqu'à 3 mois, dans les deux yeux

179.60



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

Steripharma
PPC:134,40 dh

LAMER NI MERYEM
Pharmacie des Saïfles Angle Rues
de Normandie et Inanai, Tabarani
Casablanca - Tel: 0522.25.05.60

الدكتور عثمان بورمانى
Dr. Othmane BOURMANI
Ophtalmologiste



(المرنة) حكمة

ORDONNANCE

09 novembre 2020

Mr. CHAKIB KAMAL

1/ CHIBRO-CADRON COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pendant 5 jours puis
 1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours puis
 1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours puis
 1 goutte 1 fois par jour pendant 5 jours puis
 arrêt, dans les deux yeux



CHIBRO-CADRON
 Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



A.M.M. Maroc
 N° 116 DMP/21/NCV
 Distribué par les
 Laboratoires SOTHEMA
 B.P. N°1, 27182
 Bouskoura - MAROC

Barcode
 6 118001 071425

2/ THEALOSE collyre

1 goutte 4 fois par jour jusqu'à 3 mois, dans les deux yeux

29.40



LAMRANI MERYEM

Pharmacie des Familles Angle Rues
 de Normandie et Imam Tabarani
 Casablanca - Tel: 0522.25.05.60

Dr. Othmane Meryem
 Ophthalmologiste