

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.

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

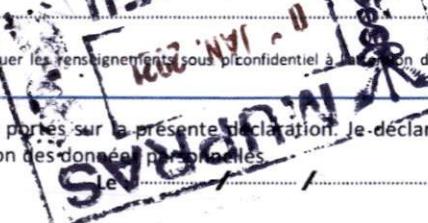


Déclaration de Maladie

N° W19-568971

54239

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10512	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SABOUR AZIZ			
Date de naissance : 29.06.1959			
Adresse : Hay Soufia, Rue de NOIR			
Tél. : 065600516	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : </p>			
Date de consultation : 01			
Nom et prénom du malade : SABOUR AZIZ Age : 60			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Compagnon <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca			
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
09/12/2020	CTR C2 ECG		250,00	<p>DR BENJAMIN RACHID Anesthésiste - 12/12/2020</p> <p>DR BENJAMIN RACHID Anesthésiste - 12/12/2020</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/12/2020	1100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
D. GUY J. OZANNE 400, Bd Stalingrad Tel: 0522.25.50.00	03-05-2019	KFO	600,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

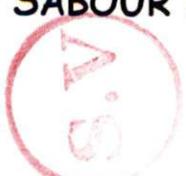
داخلي سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 01 décembre 2020

Mr. SABOUR Aziz

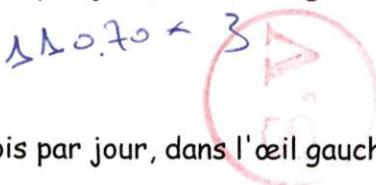
414.2

GEL LARMES



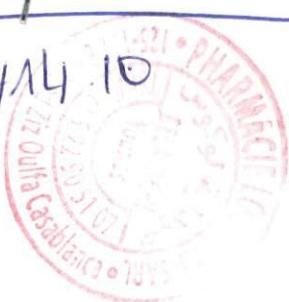
1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

XOLAMOL



1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

414.10



Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22

54. شارع الراشيدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس :

ICE 001709416000017

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

نولامول®
Xolamol®

Lot: 180291

Fab: 02 20

Exp: 02 22

P.P.V: 110 DH 70

نولامول®
Xolamol®

Lot: 180291

Fab: 02 20

Exp: 02 22

P.P.V: 110 DH 70

Xolamol

Lot: 180291

Fab: 02 20

Exp: 02 22

P.P.V: 110 DH 70

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن
طب العيون
أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

3 DEC. 2020

Nom : SABOUR
Prénom : AZIZ
MEDECIN TRAITANT : DR BENNANI

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: HIV OD / RD

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

Oeil DROIT

Echographie(B) : SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène
VITRE HYPERECHOGENE EN RAPPORT AVEC UNE
HEMORRAGIE INTRAVITREENNE ET RETROHYALOIDIENNE DENSE
MEMBRANES FIBROGLIALES A POINT DE DEPART PAPILLAIRE
ETENDUES AVEC TRACTION RETINIENNE LOCALISEE EN NASAL
ET TEMPORAL .

OEIL GAUCHE

Echographie(B) : SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène
DECOLLEMENT DE RETINE

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste
400, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladie et chirurgie des yeux
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور дхиси محسن
طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

03 DEC. 2020

NOTE D' HONORAIRE

Nom Prénom : Mr SABOUR Aziz

ACTE K40 : ECHOGRAPHIE OCULAIRE

MONTANT : 600DHS (six cent dhs)

Dr. MOUHSSINE D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tel: 0522.25.48.88

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88
شارع ابراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف : 400 0522.25.70.88 / 0522.25.48.88

DR. D KHISSY MOUHSSINE
400 BD BRAHIM ROUDANI CASABLANCA

Patient : SABOUR AZIZ

Adresse :

Tel :

Numéro de dossier :

Sexe : Masculin

Date de naissance :

Indication :

