

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 058827

S 4894

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1586 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELYASMINA Abdallah

Date de naissance : 11/01/1952

Adresse : CASA GREEN TOWN VILLA 66

VILLE VERTE CASA-BOUSSOURA

Tél. : 06 65 03 44 36 Total des frais engagés : 1016 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BELYASMINA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Kénotek

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 Le : 11/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

100

Natures des Actes

nombre et
éfficient

ontant détaillé
es Honoraires

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

DEC 2020

300.2



EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien
u du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

8/12/20

£16,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et signature du
Soigneur et du Radiologue

Date _____

Résignation des Cœfficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

et et signature
du Praticien

Date des Spins

Nombre _____

Montant détaillé des 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

CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX

Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

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



مركز طب وجراحة العيون
(القدس كاليفورنيا)

الدكتورة حنان مزوز

(احسانية لأمراض وجرأة العيون)

دبلوم جراحة الجلاة والليزر

وتقديم البصر من جامعة فيكتور سكابين ببوردو

العدسات الصلبة واللينة

جراحة مجاري الدم

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le mercredi 9 décembre 2020

Monsieur BELYASMINE Abdallah



VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophthalmique - Tube de 5 g
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH



VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophthalmique - Tube de 5 g
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI - PPV : 140 DH

- ZOVIRAX 200 *en Ciclorial 2oz*
1 comprimé 5 fois par jour 7 jours
Puis
1 comprimé le matin le soir 15 jours

dans l'oeil droit

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

- 149,00x2*
- VIRGAN Gel 2 Tubes
1 goutte 5 fois par jour 7 jours
Puis 1 goutte 3 fois par jour 7 jours

- 13,50x2*
- EOL DUAL 2 flacons
1 goutte 5 fois par jour 1 mois.

- 41,00*
- Gel Larmes 2 tubes 4 tubes 1 goutte le soir

- 96,40*
- Tobrex collyre
1 goutte 4 fois par jour 7 jours

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطبي المغربي - الدار البيضاء

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

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

