

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0012096

248051

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1252 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. HAMED JAFIR
Date de naissance : 01/01/1948
Adresse : 19 RUE KACEM AMINE HADJ EL WAHDA BERRERCHID
Tél. : 0600 174 796 Total des frais engagés : 2353,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohammed BELMEKKI
Professeur d'Ophtalmologie
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat
Date de consultation : 15/11/2022
Nom et prénom du malade : M. HAMED JAFIR Age : 75 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Greffe de cornée
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : BERRERCHID

Le : 01/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
15/11/2022			200 DV	Dr. Mohammed BELMEKK Professeur d'Orthodontologie Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat TN PE: 10107779

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NASROLLAH BERRECHID el Nasrollah N°327 - Berrechid Tél.: 05 22 51 67 19	15/11/2022	2153,20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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'EXECUTION



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan
مؤسسة الشيخ زايد بن سلطان

Rabat Le :

15 novembre 2022

Mr JAFIR Mhamed

LOT 224639
EXP 10/25
PPV 259DH00

LOT 224439
EXP 08/25
PPV 259DH00

LOT 224639
EXP 10/25
PPV 259DH00

LOT 224439
EXP 08/25
PPV 259DH00

CICLOVIRAL CP400MG

01cpx2/jour
THEALOSE

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

une goutte x 5 par jour OD
CHIBROCADRON COLLYRE

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

une goutte x 4 par j OD

Traitement pendant : 3 Jours
CHIBROXINE

CHIBROXINE 0,3%
Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1 Bouskoura - 27182 - MAROC

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

1 goutte 5 fois par jour, dans l'œil
FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

3 Jours

1 app par jour, dans l'œil gauche,
OCUSERUM

OCUSERUM
20 Unidose
P.P.C. : 59,90 DH

FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL
Tube de 3 g
AMM N° 184
DMP/21/NRQ
PPV : 37 DH 20

un lavage oculaire par j, deux yeux

Hôpital Cheikh Zaid - Rabat
Professeur d'Ophtalmologie
Dr. Mohammed BELMEKK

Pharmacie NASROLLAH
BERRECHID
et Nasrollah N°327 - Berrechid
05 22 51 67 19