

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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 *14887* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *03097*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Aboutaib Fatna

Date de naissance :

01/01/1956

Adresse :

785 LOT EL WAFI Any Dercem Berrechid

Tél. : *06 38 82 38 02*

Total des frais engagés : *217,10* Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/02/2023

Nom et prénom du malade : *ABOUTAIB fatna* Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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) : *(Signature)*



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01.02.2023 | | | | |
| 22.02.2023 | Ch | Ch | |  Dr A. Ophalmao Mémo Clinique de Cessabé N° 7171 (S.G.) - Fax : 091140871 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|---|
|  | 01/02/23 |  |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

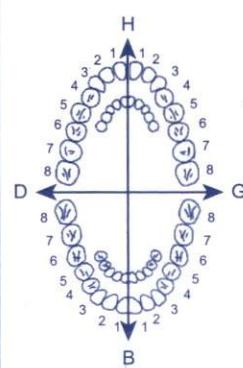
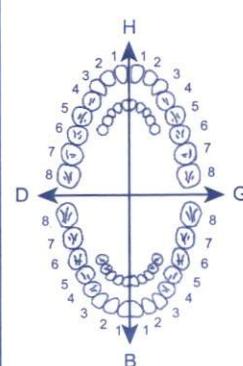
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|--|---------------------------|---------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | Coefficient des travaux |
| | D 00000000 | B 35533411 | G 00000000 | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 01.02.23

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant M..... Abo Jais

Réponse

- 331,00
 • **CILOXAN Collyre**
 1 goutte 4 fois par jour

126,10
INDOCOLLYRE
 1 goutte 4 fois par jour

- 211,71
 • **COSOPT Collyre**
 1 goutte 2 fois par jour

6118001270088
 INDOCOLLYRE 0,1%
 Collyre 5ml
 ZENITH PHARMA
 AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
 LOT: H020089
 PER: 01-2025
 PPV: 33,00 DH
 H8619
 09-2022
 02-2024

Urgence 24/24

Traitement oeil D.D.W.

Dr A. ZAROURY
 Ophtalmologiste
 13, Rue des Papillons - Oasis
 TEL: 0522.25.71.71 (S.G.) - FAX:
 TEL: 0522.25.71.71 (S.G.) - FAX:
 E14218000

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis -

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.oce

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 00

LOT W027518 2

EXP 04 2024

PPV 126,10 DH