

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- 0050462

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Hagoam Touria uue Bernada

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Touria Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050462

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

VOLET ADHERENT

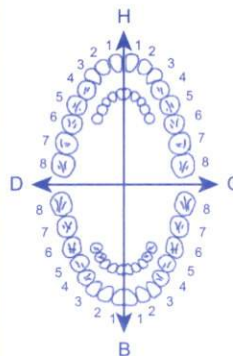
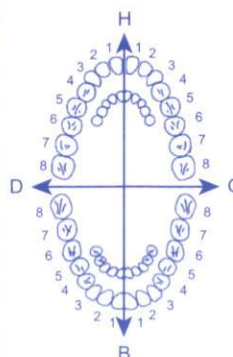
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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		
				CCOEFFICIENT 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																		
				Montant des soins																		
				Début d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																			
			Fin d'exécution																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0015426		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		Cachet MUPRAS



P 14 / 0015426

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 429.	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient YOUSRA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Affectation			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		250 DH	
PHARMACIE	Date 10/1/23		
Montant de la facture	421,40		
PHARMACIE MOHAMMADIA Mme DEBBAGH A. N° 100 Av. Palestine - Marrakech Tél : 05 24 50 23 73			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
			CACHET

Dr Sanaa TALHA NACIRI
Ophtalmologiste



الدكتورة سناء طلحة الناصري
أخصائية في أمراض و جراحة العيون

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Résidente à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital Antaki Marrakech

عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى 20 غشت البيضاء
طبيبة سابقا بمستشفى الأنطاكي مراكش

- Ophtalmologie de l'Adulte et de l'Enfant
- Chirurgie de cataracte par phacoémulsification
- Strabismes - Retine - Laser - Echographie Oculaire
- Angiographie Rétinienne - OCT

- . طب العيون للكبار و الأطفال
- . جراحة الجلالة بالصدى الصوتي . الحول
- . أمراض شبكية العين . الليزر
- . الفحص بالصدى الصوتي . الفحص بالأشعة تحت الحمراء

10 JAN 2023

Beuhaupten Ranne

Lavage Oculaire Phylarm

6x/j

Hyfresh

1ggte x3 /j

130,00

pdt 2 mois

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

26,40

myash
HyFresh

Lot: YK0378
Fab: 10 21
Exp: 10 24
PPC: 130 DH 00



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boite de 1 flacon.
PPV: 35,70 DH

406836 M

LOT 222102

26DH40

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 10677 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NR
PPV: 37 DH 20



6 118001 200818

myash
HyFresh

Lot: YK0378
Fab: 10 21
Exp: 10 24
PPC: 130 DH 00



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO
Boite de 1 flacon.
PPV: 35,70 DH

406836 MA

Délivré par les Laboratoires "HyFresh"
Pharma Schweiz AG - Suisse

LOT 222102

EXP 05 2025

PPV 26 DH 40

26DH40