

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4538 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL MOUDDEN HASSAN

Date de naissance : 25-12-1960

Adresse : Blaec N° 15 Découverte

Tél. : 0664315978 Total des frais engagés : 977.1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



25 Janv. 2023

EL MOUDDEN HASSAN

A

Date de consultation : 25 Janv. 2023

Nom et prénom du malade : EL MOUDDEN HASSAN

A

Lien de parenté : Frère Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gastrite oulâne

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 : Desnada Le : 21/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : CT

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
25 Janv 2013			200,00 DH	M. KHALIL RACHID Spécialiste en Oncologie Maknassy - Rabat Tél: 05 22 00 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUIMOUNI DÉPARTEMENT EL WAFA FAX : 05 22 53 21 00	25-1-23	457,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

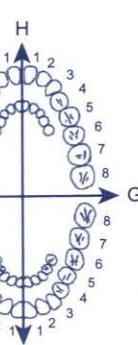
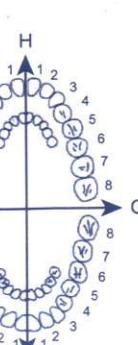
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D		00000000 35533411	B	11433553
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmologist

Diplomé des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة العياء البصري [الجلالة]

القربية المخروطية

تصحيف البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

25 janvier 2023

Mr. EL MOUDDEN Hassan

TRAVATAN COLLYRE

1 goutte par jour, le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

3 boites

84,90 x 4

CARTEOL LP 2%: collyre

1 goutte par jour, le matin à 8h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

4 boites



CELLUVISC COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour et à la demande dans les deux yeux, pendant 3 Mois

✓ x 4,10

جزئية نبيلة مخلوف رقم 334. الطابق الثاني -

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

CARTEOL L.P. 2% عبارت
Collyre 3ml فاب/ن^ج 10-2021
ZENITH PHARMA EXP/ن^ج 09-2023
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

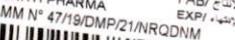
PPV : 84,90 DHS
6118001270040

CARTEOL L.P. 2% عبارت
Collyre 3ml فاب/ن^ج 05-2022
ZENITH PHARMA EXP/ن^ج 04-2024
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

PPV : 84,90 DHS
6118001270040

CARTEOL L.P. 2% عبارت
Collyre 3ml فاب/ن^ج 10-2021
ZENITH PHARMA EXP/ن^ج 09-2023
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

PPV : 84,90 DHS
6118001270040

CARTEOL L.P. 2% عبارت
Collyre 3ml فاب/ن^ج 10-2021
ZENITH PHARMA EXP/ن^ج 08-2023
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

PPV : 84,90 DHS
6118001270040

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP/21 / NCV
PPV : 140.10 DH


6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 30/20/DMP/21/NBQDNM
PPV : 148,70 DH
406152 MA


6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 30/20/DMP/21/NRQDNM
PPV : 148,70 DH
406152 MA
