

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- 0018442

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2587 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SARHANI Khadija
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 263,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 27/02/2023
Nom et prénom du malade : SARHANI KHADIJA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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) :

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.

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

[illegible]

<p>HONORAIRES</p> <p>détaillé</p> <p>oraires</p>	<p>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</p>
---	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Pharmacie	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334, Bd Oued Djaoura Oulfa - Casablanca Tél : 05 20 60 25 95	12.01.23	2,00
PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334, Bd Oued Djaoura Oulfa - Casablanca	12.01.23	243,60

Date	Montant de la Facture
12-01-23	26,00
12-01-23	243,60

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

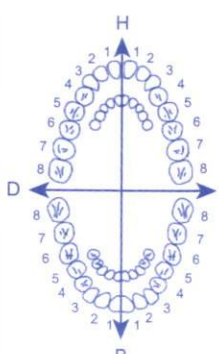
[illegible][illegible][illegible]

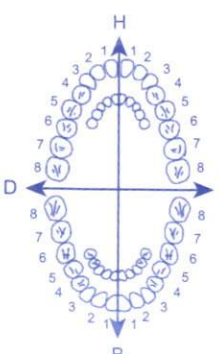
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 11433553 </div> </div> <p style="text-align: center;">B</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN

La
à caracté
MUPRAS : Centre
Cassio

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center and moving outwards. The top of the arch is labeled 'H', the bottom is labeled 'B', and the left side is labeled 'D'.

VISA ET CACHET DU PRATIC

La M
à caractèr
MUPRAS : Centre
Casab



ORDONNANCE

Casablanca le 12/01/2023

NOM : SARHANI
PRENOM : KHADJA

FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ
6118001270118
PPV : 24,80 DHS

عيار/عيار
FAB/عيار
EXP/عيار
H8225
02-2022
01-2023

L'œil opéré à partir de ce jour

- 24,60 1°) FRAKIDEX (collyre)
1 goutte x3/j pdt 07 jours
- 74,80 2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)
1 cp x2/j pdt 05 jours

- 99,00 3°) PHYLARM
Pour nettoyage de la paupière matin et soir

L'œil opéré après 07 jours

- 22,60 x 2
1°) FLUCON (collyre)
1 goutte x3/j pdt 07 jours
1 goutte x2/j pdt 07 jours
1 goutte x1/j pdt 07 jours

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES
GLAUCOMATEUX

DR. CHAHBI Moha

Ophtalmologiste

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15

Fax : 05 22 86 46 21

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865





Casablanca le 12/01/2023

SERIANI KHARJ

20,00

CORRECTOL (collyre) (SV)



DR. CHAHBI Mohammed
Ophthalmologist
544, bd. panoramique, Californie
Casablanca, Maroc
Tel : 05 22 86 46 15 / 19 / 20
05 22 29 86 60 / 00
Fax : 05 22 86 46 21

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, Californie
Casablanca, Maroc
Tel : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 86 60 / 00
Fax : 05 22 86 46 21

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Nadia
364, Bd Oued Dacra
Casablanca
Tel : 05 20 00 25 95