

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 canaux, 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 canaux.

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- 0058231

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3474 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABDERRAHMAN SOUAD
 Date de naissance : 25/09/53
 Adresse : 3 Bd du 1er novembre TANANARIVY
 CASN
 Tél. : 0661 33 883 Total des frais engagés : 820 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 2 oct 2013
 Nom et prénom du malade : ABDERRAHMAN SOUAD Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Chronique
 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.

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
10/02/2021	S.F.F.	K10	30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

10/02/2021	485,40	
------------	--------	--

RADIOGRAPHIES

Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

--	--

FRAKDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENTHPHARMA,
96 zone Industrielle Tassila Inezgane
Agadir - Maroc.
AMM : 30/19/DMP/21/NRODNM

SOPHTAL® 0,1%
Collyre, flacon de 10 ml
AM N° 52/98 DMP/21
6 118000 020271

URSAPHARM

Steripharma
PPV: 67,90 dh

Utiliser avant: / Lot n°
08/2023

299595

Azyter 15 mg/g
Collyre, 6/6 récipients unidoses
PPV: 76,20 DH
6 118001 101801
Distribué par: COOPER PHARMACIA
41, rue Mohammed VI, Casablanca
Pharmacien responsable: Amine DAKOUI

Azyter 15 mg/g / 15 mg/g
Collyre en solution
6 récipients unidoses de 0,25 g
طفرات للعين على شكل محلول
6 لوعة أحادية الجرعة بـ 0,25 غ

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز طب وجراحة العيون بوركون

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Enfants & Adultes

للأطفال و الكبار

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Membre de l'Association américaine d'ophtalmologie
Certificat Moorfield Londres
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكرياء

طب وجراحة العيون بوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
عضو الجمعية الأمريكية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية
07 février 2023

Mme ABDERRAZIK SOUAD

BLEPHAGEL GEL

1 APPLICATION 2 FOIS PAR JOUR X 3 MOIS

FRAKIDEX POMMADE

1 application le soir ,pendant 15 jours

ALLERGO-COMOD: collyre

2 gouttes 2 fois par jour,

AZYTER

2 gouttes matin & soir dans les 2 yeux pendant 3 jours

LYSANXIA

1 CP PAR JOUR LE SOIR X1 MOIS

SERUM PHYSIOLOGIQUE/36

1 APPL

SOPHTAL:collyre

2 gouttes 3 fois / jour dans les 2 yeux pendant 15 jours

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

شارع طانطان زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Bd Tantan, Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - Oeilvision.zakarrya351@gmail.com

UT. AV :

1, 2022

P.P.V

LOT N° :

1269926

23 10

185E1
unup
chen
c
ur
un
Vom
996
149
116
LAB
DET

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g

Distribué par : ZENITHPHARMA,

50 zone industrielle Tassila Inezgane,

Agadir- Maroc.

PPV : 20.80 d

AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM