

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196 Société : RAM 160459

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAM RAM CHAFAI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : Ciadi 07A Koen FES 2010 16226 CASA

Tél. 06 14 94 189 Total des frais engagés : 263,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AB OLYMPIA

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 : CASA BLANCA

Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : AB



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 09/05/23 | CH | CC | |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE KHALIL Sidi Khaled 00482980000000 E: 0920409989 | 09.05.23 | 263.00 |

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 | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|---------------------------|
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, a horizontal arrow labeled 'G' points to the right, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards. The teeth are numbered 1 through 16, with 16 being the wisdom tooth in the lower right quadrant.

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE MEDICALE

Casablanca le : 09.08.03

CONCERNRNT M

- TOBRADEX (collyre)
1 goutte 4 fois par jour
 - INDOCOLLYRE(collyre)
1goutte 4 fois par jour
 - SPECTRUM (collyre)
1goutte 4 fois par jour
 - TOBRADEX (POMMADE)
1 App . le soir
 - PHYLARM
1 RIN le matin et le soir
 - SPECTRUM250MG
1 CP .2fois par jour
 - COMPRESSES OPHT SERILES AUTO-
 - ADHESIF

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Meryem
Mme. Sidi Maârouf
34, Lot Saâda III - Casablanca
Tél: 0522 97 39 81 -
ICE: 0004829980000026
INPE: 0920409989

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologue
Ophtalmologue
13, Rue des Papillons - Casablanca
Tél. : 0522 21 171 (SLG) - 0522 21 171
INPE : 09 11 42 00 00
Traitement oeil

Urgence 24/24

INDOCOLLYRE 0,1% عبار/ عبار
Collyre 5ml FAB/ 10-
ZENITH PHARMA EXP/ 03-
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

PPV : 56,00 DHS

LOT 221578
EXP 10/2025
PPV 51,40DH

PPV : 35,70 DH
Boîte de 1 flacon.
406836 MA
AMM N° 455/18/DMP/21/NTO
Tobradex® 0,3% 1% Collyre en suspension, 3 ml
Laboratoires Sothema Bouskoura
6 118001 070596



LOT: R040480
PER: 07-2025
PPV: 33,00DH

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
0,3/0,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18/DMP/ 21/ NRQ

6 118001 070602
690206 MA

