

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.

Optique *160830* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2318*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAROUCH AMINA

Date de naissance :

1956

Adresse :

*Attadameur Rue 1 Jum 80 App 5
Oulfa Casa*

Tél. : *0661871315*

Total des frais engagés : *1546,96* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *21/10/2023*

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alchi AY AY Pacire

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 : *Casablanca*

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
10/11/2023	0075	300.00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ B \end{array} $			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HAROUCH

2025-11 faculté de
306495. Anca

LOT

306495.
150 DH.

PPC:

LOT

306495.

PPC:

150 DH.

الهاروش
أمراض
ون

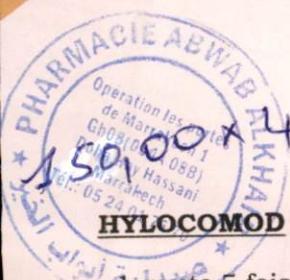
26710369

Chirurgie Réactive de la Cataracte

180x3 Ged

Casab

Blefarette



Mme HAROUCH Amina

PPC 159,00 DH

8 032668 871717

1 goutte 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois
125,00

HYDRA MED NIGHT

1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois
159,00

BLEFARETTE

Chauffer les paupières pendant 10 min puis les masser
essuie avec blefarette le soir
dans les deux yeux, pendant 1 mois
32,90

PHYSER (FROID À 4°)

1 lavage oculaire 2 fois par jour, dans les deux yeux, p
110,00 x 3

DOXYMYCINE 100 MG

1 comprimé le soir, pendant 3 Mois
1246190



ISOPHARM
PHYSER
Sérum
physiologique
32.90 dhs

PPU 110DH00
EXP 06/2024
LOT 26027 2

DOXYMYCINE® 100 mg

PPU 110DH00
EXP 10/2024
LOT 28010 2

DOXYMYCINE® 100 mg

30 comprimés dispersibles
6 118000 032408

Centre d'exploration, Pentacam
Corneal Keratometer, les
Centre d'exploration, Pentacam
ophie Numérisée - Laser - Echographie

PPU 110DH00
EXP 10/2024
LOT 28010 2

DOXYMYCINE® 100 mg

30 comprimés dispersibles



44, Rue des
Tél./Fax : 05 22 27 00 21 - Tél. : 05

ace des urgences Averoës) - Casablanca
1459 - E-mail : meriharouch@yahoo.fr

Site : www.ophtalmo-lasik.ma

4 031626 710369

2025-11

LOT 306495

PPC: 150 DH