

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

- 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.

M22- 0058664

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5796

Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSAN, Ali

Date de naissance : 01 - 01 - 1953

Adresse : LOT EL WAHDAT Rue 11 N° 8 DERAOUA

Tél. : 0668039717 Total des frais engagés :

422,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Soumaya CHENIHI HASSAN

OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafit Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : HASSAN, Ali

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 : DÉROUA

Le : 21/10/2023

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
11 AOUT 2023	CR	G7		Dr. Soumaya CHEBINI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tél : 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA sedi au Bloc U N° 1 Daroua Tél : 05 22 53 20 83 062049176	11/08/23	422,20

INPE

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. Labels H, G, D, and				



Berrechid, le

17/08/2023

Mr HASSANI Ali



1/ OPATANOL:COLLYRE

1 goutte 2 fois/jr, dans les deux yeux

178,00

2/ CATIONORM collyre

1 goutte 3 fois / jour, dans les deux yeux



3/ LOTEMAX:COLLYRE

1 goutte 5 fois/jr pdt 5 jours

1 goutte 4 fois/jr pdt 5 jours

1 goutte 3 fois/jr pdt 5 jours, dans les deux yeux

1 goutte 2 fois/jr pdt 05 jrs



110,00

1/ GEL larmes

1 goutte 3 fois/ jour (1 tube), dans les deux yeux



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél: 0522 32 48 47

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
PPV : 41,00 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI

422,20