

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

M23-0029544

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007248

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JEMAI

FATIMA ZAHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661712015

Total des frais engagés : 457,00 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 / 08 / 2023

Nom et prénom du malade : Jemai Fatima Zahra

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 : Berrechid

Le : 05 / 09 / 2023

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

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

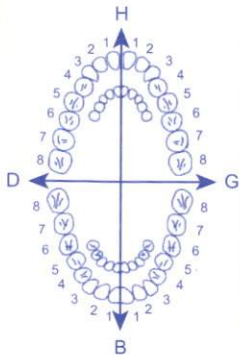
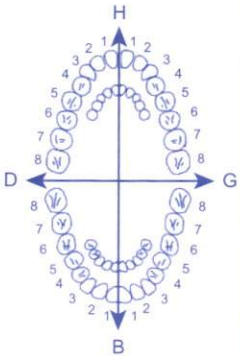
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>			H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div>		D	G	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div>		B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 </div> </div>											
	D	G										
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div>											
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>							
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

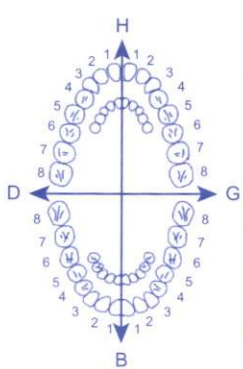
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div></div>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	<div>MONTANTS DES SOINS</div> <div></div>								
		<div>DATE DU DEVIS</div> <div></div>								
		<div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div></div>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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, parodontologie 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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-809225

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 0007948 Société : RAM

Matricule : 0007948

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : FATIMA ZAHRA

Nom & Prénom : JEMAAI

Date de naissance : 16/08/2023

Adresse : 0661742015

Tél. : 0661742015 Total des frais engagés : 457,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/08/2023

Nom et prénom du malade : Jemai Fatima Zahra Age : 28

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : 0661742015 Le : 16/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-809225

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0007948

Nom de l'adhérent(e) : FATIMA

Total des frais engagés : 457

Date de dépôt : 16/08/2023

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
16.08.23	Exfo		30004	 DNP 0640 11615 Dr. Nasrallah Médecin Généraliste N° 22 32 43 44 En Face Centre Commercial Carrefour Tel : 05 22 32 43 44

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/2022	157.00

[illegible][illegible]

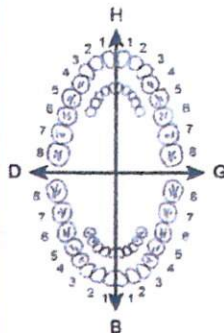
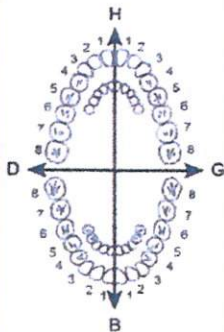
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Said EL HASSAR

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme

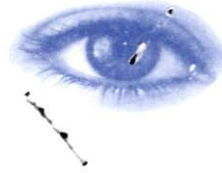
Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact

Chirurgie de la Myopie

Membre Titulaire de la Société

Française d'Ophtalmologie



الدكتور سعيد الحصار

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جلالة - الزراق - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة...

جراحة عيوب البصر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون

Agrée Par le Ministère de la Santé Permis de Conduire

ORDONNANCE

Berechid le : 16/08/2023 برشيد في :

JEMAAI Fatima Ezzahraa

- THEALOSE COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

- LIPOSIC (Carbomère 980) tube de 10g

1 goutte, le soir, dans les deux yeux, pendant 1 mois



Dr. Said EL HASSAR

Ophtalmologiste

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4

N° 41 (Imb. Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah

Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour)

Tel : 05 22 32 43 44

شارع محمد الخامس العمارة 341 الطابق 4 رقم 41 (إقامة بالمصعد) تجزئة نصرالله

برشيد (قرب المركز التجاري كارفور) - الهاتف : 05 22 32 43 44

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4 N° 41 (Imm Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah

Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour) - Tél : 05 22 32 43 44



Théalose


Tréhalose / Hyaluronate de sodium
Solution Ophtalmique

Solution pour la protection, l'hydratation et la lubrification de la surface oculaire utilisée dans le soulagement des symptômes de l'œil sec.
Flacon ABAK - Sans conservateur.

COMPOSITION :

Tréhalose.....	3 g
Hyaluronate de sodium.....	0,15 g
Autres composants :	
Chlorure de sodium, Trométamol, Acide chlorhydrique, Eau pour préparations injectables q.s.p.....	100 ml

Détenteur de la décision d'homologation :

 **Laboratoires Théa** - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand - Cedex 2 - France

Fabricant :

Farmila-Thea Farmaceutici S.P.A., Via Enrico Fermi,50
20019 Settimo. Milanese MI. Italie.

QUAND UTILISER THEALOSE :

THEALOSE contient une solution destinée à être administrée sur l'œil ou sur les lentilles de contact.

THEALOSE est préconisé en cas de gêne, picotements ou irritations oculaires.

Ces symptômes peuvent être induits par des facteurs externes tels que vent, fumée, pollution, poussière, conditions climatiques ensoleillées ou froides, air chaud, climatisation, voyage en avion, travail prolongé devant un écran

STERILE A

d'ordinateur...

THEALOSE est sans conservateur, ce qui permet une bonne tolérance des tissus oculaires. La solution peut être utilisée par les porteurs de lentilles de contact, quel que soit le type de lentille de contact, et procure un confort immédiat qui dure toute la journée.

PROPRIÉTÉS :

THEALOSE est une solution ophtalmique aqueuse, stérile, sans conservateur, hypotonique et de pH neutre.

Ses principaux ingrédients sont le tréhalose, un disaccharide naturel présent dans de nombreuses plantes et animaux, et le hyaluronate de sodium, un polysaccharide naturellement présent dans l'œil.

Le tréhalose a des propriétés protectrice, hydratante et anti-oxydante. C'est un élément essentiel du mécanisme d'anhydrobiose (capacité de résister à certaines conditions) permettant de survivre à une déshydratation extrême chez certains organismes.

Le tréhalose présente également des propriétés protectrice et stabilisante des membranes cellulaires en empêchant la dénaturation des protéines et la dégradation lipidique.

Le hyaluronate de sodium est un polysaccharide naturellement présent dans l'œil humain doté de propriétés uniques de rétention d'eau, permettant l'hydratation et la lubrification de la surface oculaire. Grâce à ses propriétés bioadhésives il assure une meilleure adhérence de la solution à la surface oculaire, ce qui permet une action de longue durée, et raccourcit le temps de cicatrisation de l'épithélium cornéen.

