

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-826618

18962

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9132 Société : *nsm*

Actif Pensionné(e) Autre : *ESMAKHO nuna*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 179,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *ESCAKNI NAIMA* Age: Enfan

Lien de parenté :

Nature de la maladie : *M*me Lui-même Conjoint

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *08 JAN. 2024*

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Le 18/12/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *KH. HINNA*



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
8 DEC 2020	C	-	(ex : 1)	INP : 091685763 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/2023	179,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHESIVE

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO
406434

6 118001 070404
Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

6 118001 070398
Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol® collyre, 5 ml.
1mg/3500UI/6000UI/pour 1 mL
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DH

6 118001 070398
Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol® collyre, 5 ml.
1mg/3500UI/6000UI/pour 1 mL
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DH

Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

uracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie)

Casablanca, le lundi 18 décembre 2023

ORDONNANCE

51,40

Patient : Madame Naima ESSAKNI

51,40

- SPECTRUM 250 mg, 1 comprimé la veille de l'intervention, puis 1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.
- 45,90 - PHYLARM , grande boîte / matin et soir
- 45,90 - CILOXAN collyre, 1 goutte 4 fois par jour pendant 8 jours.
- 30x60 = 60,00 - MAXIDROL collyre, 1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours puis 1 goutte matin et soir pendant 15 jours (**2 boîtes**).
- 22x20 = 44,00 - MAXIDROL pommade, 1 application le soir au coucher pendant 5 jours.
- DERMA OPTISON Pansements oculaires adhésifs.
 - Compresses stériles (petite boîte).

173,90



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n°7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com