

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-700077

107503

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 5044 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KERDOUEN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-1963

Adresse : KERDOUEN @ GMAIL.COM

Tél. : 0661 19 3876 Total des frais engagés : 294,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. Rachid ZAFAD
OPHTALMOLOGISTE
572, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01 - 1

Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : Kerdoun Mohammed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

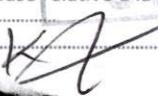
Nature de la maladie : Glaucome chronique

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 : MARABOUT

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 09/03/2024

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						
29/10/2014	CD		<table border="1"> <tr> <td>Dr. Rachid ZEGLAMI</td> <td>100000</td> </tr> <tr> <td>Opérations</td> <td>100000</td> </tr> <tr> <td>100000</td> <td>100000</td> </tr> </table>	Dr. Rachid ZEGLAMI	100000	Opérations	100000	100000	100000	091135949
Dr. Rachid ZEGLAMI	100000									
Opérations	100000									
100000	100000									

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Fax	Montant de la Facture
 PHARMACIE HATIM AL MANZAH Km17, Commune Al Manzeh Route de Ain Aouda TEL: 0664 90 31 94 FAX: 00236237000009 INP: 102075983	29/1/24		294.60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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												
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	21433552															
25533412	00000000															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		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																

LOT/EXP.:

GW7811

GN6404

10/2025

- LAPROPHAN -

PPV: 98DH20

FLACON

Collyre en solution



LATANOPROST

0.005 %

Xalatan™

$$98,20 \times 3 = 294.60$$

1/ XALATAN COLLYRE

1 goutte par jour le soir à 21h, 3 Mois

PHARMACIE HATIM AL MADINA
KMT7, Commune Al Yameen
Route de Ain Aoudha
Tél: 0664 90 31 94
Fax: 05 22 237000009
Site: 102075983

Dr. Rachid ZAFAD
OPHTHALMOLOGISTE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01-1

29 Janvier 2024