

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0397 Société : RAM - MUPRAS

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NIAHAS Abdellah

Date de naissance : 20/1944 - (20.04.44)

Adresse : 102 Lotissement MANDARONA Sidi Maâdouf

Tél. : 06 69585712 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/09/2010

Nom et prénom du malade : NIAHAS Abdellah, age : 74

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

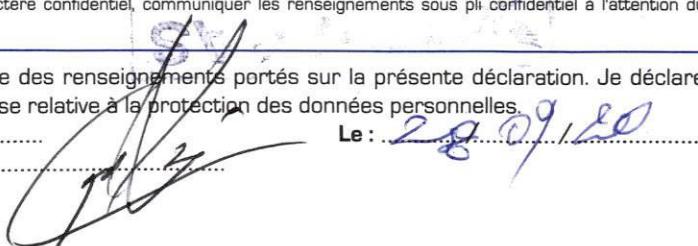
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 020.170.60

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 : Le : 28/09/2010

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
28.09 2020	Cts		Ca	R. LAMARRE Ophtalmologue OPHTALMO DE CASTEL 13, Rue des Papillons - 0522257171 (GSM)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Ahmed Ali

Cachet du Pharmacien
ou du Journaux
ARMACIE Pharm
DRA EL JOURNAL
Sidi Maarrow-CASABLANCA
TELEFAX : 05-22-97-32-16
Gsm : 06-61-60-34-68

Date

PHARMACIE Ahmed A.
D. M. EL JOUADI
Sidi Maarouf-Casablanca
TELEFAX : 05 22 97 32 16
06 61 80 54 68

Gsm : 000
389.80

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
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 3D grid of nodes. The vertical axis is labeled 'H' at the top. The horizontal axis to the left is labeled 'D' at the far left and 'C' at the far right. The depth axis at the bottom is labeled 'B' at the far left and 'C' at the far right. Nodes are represented by small circles with numbers. The grid has 8 layers along the vertical axis. The first layer (bottom) has nodes labeled 1 through 8. The second layer has nodes labeled 2 through 9. The third layer has nodes labeled 3 through 10. The fourth layer has nodes labeled 4 through 11. The fifth layer has nodes labeled 5 through 12. The sixth layer has nodes labeled 6 through 13. The seventh layer has nodes labeled 7 through 14. The eighth layer (top) has nodes labeled 8 through 15. Arrows point from the labels 'H', 'D', 'C', and 'B' to their respective axes.

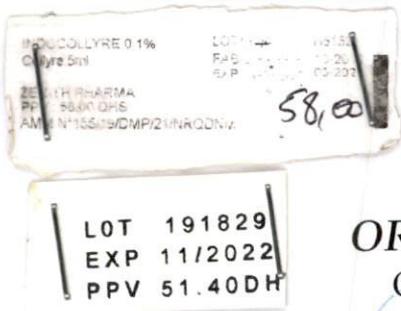
[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



Casablanca le : 28.09.20

NAHAS Abdellah

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant M. NAHAS

*BOUSSOURA

30,00

❖ **MAXIDROL (Collyre)**

1 Gttes 4 fois / jour pdt 7 jours puis

1gtte /3/j pdt 7jours

1gtte /2/j pdt 7 jour

1gtte/ 1/j pdt 7 jour

40,00

❖ **EXOCINE (Collyre)**

1 Gttes 4 fois par jour jusqu'a fin du flacon

(58,00) ✓2

❖ **INDOCOLLYRE**

1 Gttes 4 fois par jour pdt un mois

22,00

❖ **MAXIDROL (pommade)**

1App. Le soir pdt 10 jours

51,00

❖ **SPECTRUM 250 MG**

1 Cp 2 fois par jour pdt 5 jours après les repas

30,00

❖ **COMPRESSES OPHT STERILE AUTO- ADHESIVES**

99,00

❖ **PHYLARM**

1 fois par jour

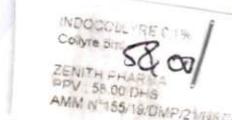
Urgence 24/24

6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol collyre, 5 ml
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DHS

PHARMACIE Ahmed Ali

D. r AHMED ALI
Maarouf-Casablanca
V/Fax : 05 22 97 32 16
sm : 06 61 60 54 68



Lot n°:
Fab :
EXP :

6 118001 07040

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

PhyLarm

HER MEDIC

PPC

99.00 DHS



PPM et
Prospectus