

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-563248

ND : 50478

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2298

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAIB KAMAL

Date de naissance :

20/05/1954

Adresse :

914 Rue El Fouraté n°5 Marrakech CASA

Tél. : 06 66663555

Total des frais engagés : 98,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

CHAIB KAMAL

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 08 DEC. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
13 10 20	C 3		G	



EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'AMARAIN	13/11/20	93,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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												
	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> G		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552												
00000000	00000000												
<hr/>													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	B <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

Doctor ASRARGUIS Mohamed

Ophtalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie Vitreo-rétinienne

Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification

Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R



الدكتور أسرار طيير محمد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

جراحة وأمراض الشبكة

جراحة الحلالة بالفاكتور

طب العول - راديو الشبكة -أشعة الميزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السيارة

Pharmacie des Familles Angle Rue
LAMIRANI MERYEM
de Normandie et Imam Tabari
27, Avenue Hassan II - Casablanca - Tel : 0522.25.05.60

خبير علـف لدى المحاكم

٢٧٤٥

13/10/2020

Monsieur CHAKIB Kamal



PPV : 23 DH 40



- OPTIPRED

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

relaye ppar - LEVOPHTA

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

٢٧٤٦

٢٧٤٦

LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA
PPV : 75.00 DHS
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

LOT/عار
11-2019
FAB/ تاريخ الإنتاج
10-2021
EXPI/ تاريخ الانتهاء



19، شارع الحسن الثاني الدار البيضاء (مقابل وراقة المدارس) - الهاتف : 0522.49.12.91/05.22 27.50.45

19, Avenue Hassan II - 3ème étage - Casablanca (Face Librairie des écoles) - Tél : 0522.27.50.45 / 0522.49.12.91

Fax : 05.22.27.44.88 / E-mail : m.asrarguis@hotmail.fr