

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ctique :

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.

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

Nº M20- 0002745

51793

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12316 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : chebati

autRAF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-02745

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

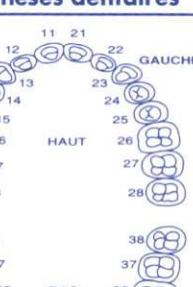
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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
				Montant des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	Montant des soins <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	Date du devis <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			



P 17 / 0056620

DATE DE DEPOT

1 / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 12316	Signature de l'adherent
Nom & Prénom CHERIFI GUARAF			
Fonction OPL	Phones 061.0614069		
Mail CHERIFI_E_RaymondJAROC.COM			
MEDECIN	Prénom du patient ALTHANDU ASNAA		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie		Date 26/09/2011	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances affte ouïe			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>Cn</i>	<i>1</i>	    	
PHARMACIE	Date 29/07/2020		
Montant de la facture 80,00			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILLIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre			
AM	PC	IM	IV
Montant détaillé des Honoraires			
CACHET			
CACHET			



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Phacoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

29 juillet 2020

AIT HAMOU Asmaa

20.00

CORRECTOL

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

PHARMACIE LAHLOU
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Californie 2»
Bd. de Fès Imm. 1 Californie
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

Correctol® 0,1%

LOT 200588

EXT 02 2023

PPV 20 00

COLLYRE
Inosine
monophosphate

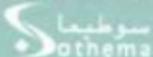
20,00

Alcon®

LABORATOIRES ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 20180 Bouskoura - Maroc

Scus licence Alcon



Alcon®

Correctol® 0,1%

COLLYRE

Inosine
monophosphate

Alcon®

Correctol® 0,1%



6 118000 020301

CORRECTOL® 0,1% COLLYRE

Voie locale
EN INSTILLATION OCULAIRE
**NE PAS INJECTER,
NE PAS AVALER**

INDICATIONS:

Traitements d'appoint des
troubles de la vision binoculaire
en complément de la
rééducation.

COMPOSITION:

Inosine phosphate
disodique dihydraté 0,1 g
Gluconate de chlorhexidine,
chlorure de sodium, eau purifiée
..... q.s.p. 100 ml.
Flacon compte-gouttes de 10 ml.

Se reporter à la notice à
l'intérieur de l'étui.

A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Tout flacon entamé doit être
utilisé dans les 15 jours.

**NE PAS LAISSER A LA
PORTEE DES ENFANTS.**