

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° W19-563252

57834



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : RAM	
Matricole : 2798			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAKIB KAMAL			
Date de naissance : 20/05/1954			
Adresse : 94 Rue el Fourate MS MASSA Casablanca			
Tél. : 05 22 23 66 76		Total des frais engagés : 769,40 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Chakib KAMAL	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/1/

3/5

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13/01/2021	Centrefact			Dr. Othmane BOUAFIA Ophtalmologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RUE N° 11 Tél: 0522 99 82 22 <i>[Handwritten signature]</i>	13/01/2021	769,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

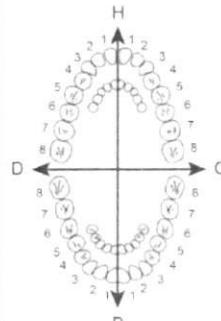
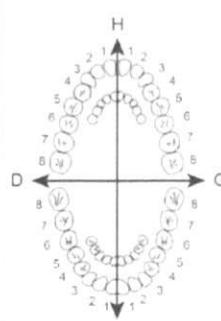
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 35533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				
				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

PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3107

PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3107

PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3107

CLINIQUE AL MADINA



ORDONNANCE

79,70
PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3107

مدينہ شعبہ شعبہ
Dr. Mme CHAABI
Nouhass El Nahoul, Maârif
Rue Nouhass El Nahoul, Casablanca 10
Tél: 0522 99 00 49

EPV: 79DH70
ER: 10/23
OT: J2864

79,70
PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3107

PPV: 79DH70
ER: 10/23
OT: J2864

13 janvier 2021

Mr. CHAKIB KAMAL

79,70

1/ AZ 500 mg (ou AZYX 500 mg)

1 comprimé par jour, pendant 3 jours de suite, chaque semaine le 1er mois, puis
1/2 comprimé par jour, pendant 3 jours de suite, chaque semaine le 2ème mois,
puis

1/2 comprimé par jour, pendant 2 jours de suite, chaque semaine le 3ème mois,
puis

Arrêt

134,40

2/ NEOVIS collyre

1 goutte 4 fois par jour ou à la demande, dans les deux yeux, pendant

77,70

3/ DEXAFREE COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pendant 3 jours puis

1 goutte 3 fois par jour pendant 3 jours puis

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours puis

1 goutte 1 fois par jour pendant 3 jours puis

arrêt, dans les deux yeux

169,40
Dr. Mme CHAABI
Nouhass El Nahoul, Casablanca
Rue Nouhass El Nahoul, Casablanca 10
Tél: 0522 99 00 49



الدكتور عثمان بورمانى

Dr. Othmane BOURMANI

Ophthalmologiste