

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

type :

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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 61487 Société : 71991

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAIC Rizi REDouan

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668602560

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 : / /

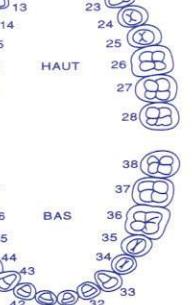
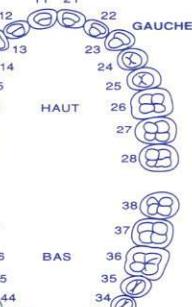
Signature de l'adhérent(e) :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				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 <input type="text"/>
		$ \begin{array}{r} H & 25533412 & 21433552 \\ D & 00000000 & 00000000 \\ & \hline & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array} G $ <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montant des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		



P17 / 0064060

DATE DE DEPOT

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger

de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le :

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابق

مستشفيات حسوس

الدار البيضاء في :

17/17/2024

PHARMACIE EDEA
13, Rue Jafar ibn Habib - Casablanca - Tél. : 022.49.28.70

SICCAFLUID 2,5 mg/g

Gel ophtalmique 10 g - PPC : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amin DAOUDI

14/2218

6 118001 070404

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

406805

406805

38,50
x 12

82,40

37,80

ZENITH PHARMA
PPC : 37,20 DH

LAKSINI Naima

Hosna

Siccafluid

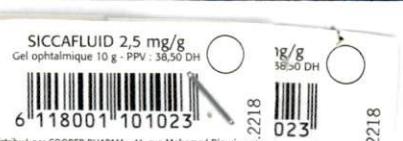
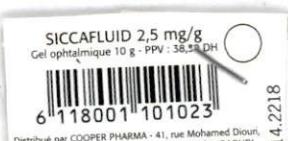
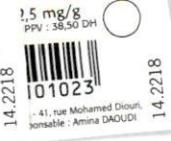
Maxidrol

Maxidrol (pde) tube 3,5 g
l'appareil

نقطة الدار البيضاء الطابق الثالث (أمم مصححة بدر) بورڭون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 66 77 - 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmfdm@yahoo.fr

521,60 24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmfdm@yahoo.fr



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

1,5 mg/g
PPV : 38,50 DH
6118001101023
14.2218
1023
: 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

1g/g
38,50 DH
6118001101023
14.2218
023
ie Mohamed Diouri,
e : Amina DAOUDI

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

14.2218
6118001101023
14.2218
023
ie Mohamed Diouri,
e : Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218
6118001101023
14.2218
023
ie Mohamed Diouri,
e : Amina DAOUDI