

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.

Education :

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.

aire :

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

clamation	: contact@mupras.com
se en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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

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 P19-0035340

Nº. 76020-

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	629	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MR. AIT M'HAMED AHMED			
Date de naissance : 12/03/1944			
Adresse : HAY ESSALOM RUE MADYAK TOUDGHAT N° 61 BASSA BLANCA			
Tél. 06 34 60 53 86 Total des frais engagés : 263,20 Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/05/2021

Nom et prénom du malade : 7 = AIT M'HAMED AHMED Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cataracte

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 : Casablanca Date : 26/05/2021

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
26/05/21	Cataracte	Gratuit		Dr. Abdellah B. Ophtalmologiste Rue Allal Ben Haddou Etage - Casablanca 24733 45 / 05 22 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMONIE MEDICAL</i> <i>Dr S. Abou Zeid</i> <i>El Gouna - Egypt</i> <i>0521 398374</i>	26.10.21	263,20

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 l'ODR.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Sterisoin®

COMPRESSES OCULAIRES ADHÉSIVES - ADULTE

La compresse oculaire adhésive de la gamme Sterisoin® est une sous forme d'un coussinet non tissé fixé sur un support adhésif pour les soins ophtalmiques post-opératoires, les soins de plaie oculaire notamment la chirurgie de la paupière ainsi que la protection contre la lumière et les agents chimiques comme les compresses dans une pochette individuelle.

Mode d'emploi :

Poser de la compresse

• Nettoyer et sécher la zone péri-oculaire.

• Positionner la compresse oculaire, sans l'étirer, côté étroit vers

OXIFLOR® 200 mg 20 comprimés

PPV 112DH00 EXP 12/2023
LOT 06034 1

3056 DPM

112.00



أيكومب®
Icomb®
Lot: 2020 51
Fab: 07 20
Exp: 07 22

Diclored 1 mg/ml
ديكلوسيد 1 مغ/مل

lot / Fab / EXP
حصة/تاريخ الإنتاج/نهاية الصلاحية

6N04
05 2020
05 2022

25346602

Al-

Casablanca, le 26/08/2024

M. AIT MHAMED AHMED

Né le : 12/03/1944

CJ021E26073542



Nom et Prénom :

❖ OXIFLOR Cp



1cp x2/j pd 5 jours



❖ MAXIDROL Pommade



1 appl le soir pd 10 jours

❖ ICOMB Collyre



1 Gtte x 5/j pd 30 jours

❖ DICLOCED Collyre



1 Gtte x 3/j pd 30 jours

❖ Compresses Oculaires



PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Soumaya Ait Merouane
N°22, Taxisimement du Stade
Hay Essaïdi, Casablanca
Tél : 03 22 39 88 73



1 Fois par jour

T = 263.20



Clinique Jerrada OASIS, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

dh