

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.

Educations :

- 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.

Maladie :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle s'engage à garantir 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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0035340

NO. 76020

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 624 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : MR. A. T. M. HAMED AHMED
 Date de naissance : 12/03/1944
 Adresse : HAY ESSALAM RUE MADYAK TONDGHIA N° 61 CASABLANCA
 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 : 17 - AS - M. HAMED AHMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Catarrhe
 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 Le 26/05/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Bon état des Actes
26/05/21	Cataracte		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26-10/21	263,20

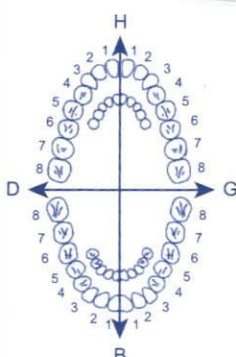
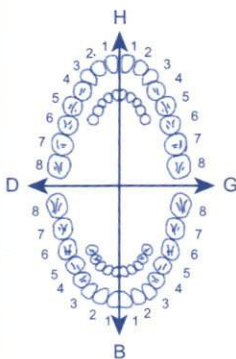
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

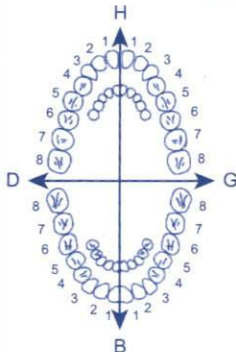
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div>														
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Sterisoïn®

**COMPRESSES OCULAIRES
ADHÉSIVES - ADULTE**

La compresse oculaire adhésive de la gamme Sterisoïn® 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 cataracte, ainsi que la protection contre la lumière et les agents étrangers. Elle est présentée dans une pochette individuelle.

Mode d'emploi :

1. Pose de la compresse

Nettoyer et sécher la zone péri-oculaire.

2. Positionner la compresse oculaire, sans l'étirer, côté étroit vers l'extérieur.

OXIFLOR® 200 mg 20 comprimés

PPV 112DH00 EXP 12/2023
LOT 06034 1

6 118001 070404
Laboratoires Sotima Bouakura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.O.S.F. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
P.V. : 22,40 DHS
406805

**أيكومب®
Icomb®**

Lot: 07 05 1
Fab: 07 20
Exp: 07 22

Dicloled 1 mg/ml

ديكلوسيد 1 مغ/مل
Lot / Fab / EXP
حصه/تاريخ الإنتاج/النهاية الصلاحية

6N04
05 2020
05 2022

25346602

Casablanca, le 26/08/2024

M. AIT MHAMED AHMED

Né le : 12/03/1944

CJ021E26073542

Nom et Prénom :

112.00

❖ OXIFLOR Cp

1cp x2/j pd 5 jours

22.40

❖ MAXIDROL Pommade

1 appl le soir pd 10 jours

30.30

❖ ICOMB Collyre

1 Gtte x 5/j pd 30 jours

8.00

❖ DICLOLED Collyre

1 Gtte x 3/j pd 30 jours

3050

❖ Compresse Oculaires

1 Foix par jour

T = 263.20

PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Sonia Abamerouane
N°22, Lotissement du Stada
Hay Essalim C.I.L. - Casa
Tél : 05 22 39 88 73

Dr. Azzam Bouabid
Ophtalmologiste
Rue Aïtal Ben Abdelah
4^{ème} Etage - Casablanca
Tél : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72