

## 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

- Reclamation : 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.

N° W21-627366

26067

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

94486

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MECHAFI Khadija Veuve BANDY R cheif

Date de naissance :

25/12/1960

Adresse :

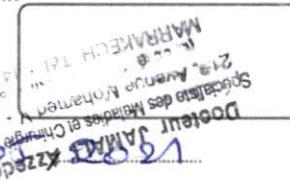
Tél. : 0661863501

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/08/2021

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection canalaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

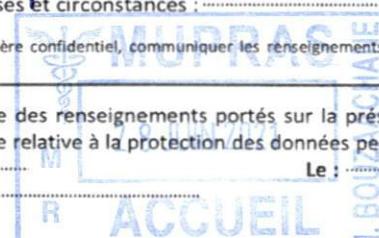
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 1/8/2021

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
Pharmacie Centrale SARL AD M. Mohamed V - Marrakech tel: 05 21 43 91 58	03 MAI 2021	145,00	
Pharmacie Centrale SARL M. Mohamed V - Marrakech tel: 05 21 43 91 58	03 MAI 2021	145,00	
	03/05/2021	145,00	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																											
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																											
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																											
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (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"/>																							
				<b>OD.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 																							
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>										H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H	G																						
				25533412	21433552																						
				00000000	00000000																						
D	G																										
00000000	00000000																										
35533411	11433553																										
B																											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montants des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>																											

# Docteur Jamali Azzeddine

SPÉCIALISTE  
CHIRURGIE ET MALADIES DES YEUX

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Clermont Ferrand en France

Sur Rendez-vous  
ICE : 002163054000078

الدكتور جمالي عز الدين  
اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بكارمن فون بفرنس

بالموعد

INP : 071079883

Marrakech, Le

03 MAI 2021

مراكش في

Char Kribi

M 5,00

M 5,00

M 5,00

Hyg 15.0

M 5,00

M 5,00

PHARMACIE CENTRALE  
ICE 001606462000046

Docteur JAMALI Azzeddine  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des YEUX  
213 Avenue Mohamed V - Guéliz

(3 Boîte)



PPC 145,00 DH

0250520  
2022 05



# Hye

Sodium hyaluronate 0,4%  
À base de hyaluronate de sodium 0,4%

Lubricant ophthalmic solution  
Solution ophthalmique lubrifiante

Preservative free - Sans conservateur

20 re-closable vials of 0,5 ml - 20 mini flacons rebouchables de 0,5 ml



PPC 145,00 DH

0250520  
2022 05



# Hye

Sodium hyaluronate 0,4%  
À base de hyaluronate de sodium 0,4%

Lubricant ophthalmic solution  
Solution ophthalmique lubrifiante

Preservative free - Sans conservateur

20 re-closable vials of 0,5 ml - 20 mini flacons rebouchables de 0,5 ml



PPC 145,00 DH

0250520  
2022 05



# Hye

Sodium hyaluronate 0,4%  
À base de hyaluronate de sodium 0,4%

Lubricant ophthalmic solution  
Solution ophthalmique lubrifiante

Preservative free - Sans conservateur

20 re-closable vials of 0,5 ml - 20 mini flacons rebouchables de 0,5 ml