

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.

M22- 0020682

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricule : 5044

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED

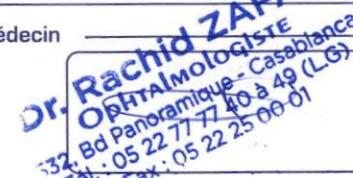
Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN 9@GMAIL.COM

Tél. : 06 61 19 38 76 Total des frais engagés : 762,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/2022

Nom et prénom du malade : KERDOUN MOHAMMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Glaucome chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : RABAT Le : 08/09/2022

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 la Relativité des Actes
07/09/2011	CS		6	Jr. Rachid ZAFAR 12 Bd Panoramique - Casablanca tel: 05 22 77 77 40 / 29 fax: 05 22 25 00 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMA-CAL AV-MAROC T-10201022-TERMINE VI-10-2022 AV-MAROC-EL-MARCHEZ-AV-10531053</i>	2022-05-01	768,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \quad 35533411 \quad 11433553 \\ B \end{array} $		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté

de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

ORDONNANCE

الدكتور رشيد زفاص

اختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

01 septembre 2022

Mr KERDOUN Mohammed

LOT/EXP.:
EY1145
ER1234
01/2024
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
ER9031
EJ2308
09/2023
PPV 127DH00

LOT/EXP.:
EY1145
ER1234
01/2024
PPV 127DH00

1/ XALATAN COLLYRE

1 goutte par jour le soir à 21h, 3 Mois

R3,00 X 6

Total, 1762,00

LOT/EXP.:

ER9031
EJ2308
09/2023
PPV 127DH00

LOT/EXP.:

EY1145
ER1234
01/2024
PPV 127DH00

LOT/EXP.:

EY1145
ER1234
01/2024
PPV 127DH00

PHARMACIE AV. MED VI
Av. Mohamed VI - Km 17
EL Menzeh - Témara
INPE: 102094022
Tél: 0537 01 10 57

Dr. Rachid ZAFAD
OPHTALMOLOGISTE
332 Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01