

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 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

- 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.

Optique **129550** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0708** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : **SAD**

Autre :

Date de naissance :

3 - 10 - 44

Adresse :

152 Av. Houmat Fétouali RBA
BP 10190

Tél. **0671 400 496** Total des frais engagés : **- 101,40 -** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

RBA

Le : **25/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
RS/07/22	5		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25.07.22	401,40

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
	D 00000000 00000000 35533411	G 00000000 00000000 11433553		
	B 00000000 00000000 35533411			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Cur.

مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat

الرباط - المغرب



PT220208160527



25 juillet 2022

SAD Abdelkader

112,50

LOTEMAX. COLLYRE

1 goutte 1 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

80,70

PHYSIODOSE

serum pour lavage oculaire jusqu'à 8 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

50,10

LARMABAK COLLYRE

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



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

1 goutte 6 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

juil 16

VisMed

le 2016

00145

Physiodose®

Φυσιολογικός ορός
Suero fisiológico



30 x 5 mL

Laboratoires
GILBERT

LOT

G 223760

ZENITH PHARMA
PPC : 90,70 DH



2024-9-9



3 518646 266362

CN 255984.4



8 470002 559844

Distribuido en España por:
Laboratorios Vaza, S.L.
C/Sierra Morena, 45
28830 San Fernando de Henares
(Madrid), España

1 x

10 ml



Lubrifiant oculaire

Hyaluronate de sodium 0,18%

Stérile, sans agent conservateur

Compatible avec des lentilles de contact rigides ou

10 ml



Lubricant eye drops

Sodium hyaluronate 0.18%

Sterile, free from preservatives

Compatible with rigid or soft contact lenses

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

VISMED® MULTI