

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 712 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/09/2022

Nom et prénom du malade : GUENNOUN Lhoussine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cataracte OS à opérer

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/2002	369,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 13.09.11

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant : Mr. Guennoun



Lhongerie

99,00

PHYLARM

1 Rinçage 2 fois par jour

58,00

INDOCOLLYRE

1 goutte 4 fois par jour

45,90

CILOXAN Collyre

1 goutte 4 fois par jour

60,00

CILOXAN OU FRAKIDEX Pommade

1 Application 1 fois par jour le soir

30,00

MAXIDROL Collyre

1 goutte 4 fois par jour

25,00

COMPRESSES OPHTALMO STERILES

51,15,00

CATEX CP 250 MG

1cp 2 fois par jour pendant 5 jours

369,40

Urgence 24/24

Traitement œil
Traitement de 1 mois

Dr. J. Z. T. M.
Ophtalmologiste
13, Rue des Papillons de Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 (SG) - Fax : 0522.25.11.15
INPE : 091140186

INDOCOLLYRE 0.1% H7903
Collyre 5ml LOT/ العبار
ZENITH PHARMA FAB/ 17/2021
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM EXP/ 03/2023
6118001270088 PPV : 58,00 DHS



6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sotema Remboursable AMO
PPV : 45,90 DHS 406434

25 مل
LOT 221107
EXP 01/25
PPV 51DH40
Carel 10 comprimés
6 118000 070290

CILOXAN® 0,3% O
POMMADÉ OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g Remboursable AMO
Laboratoires Sotema
A.M.M. N° 86/DMP/21/NNP
PPV: 60,00 DHS

6 118001 070855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

6 118001 070398
Laboratoires Sotema Bouskoura
Maxidrol collyre, 5 ml
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV
PPV : PHYLAKM 10 ml boîte de 10

3 700288 600042

Compresse
OCULAIRE STERILE
10 compresses

P 21.00

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS