

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

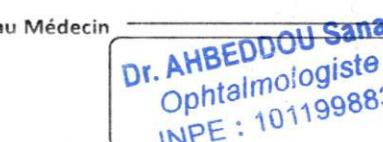
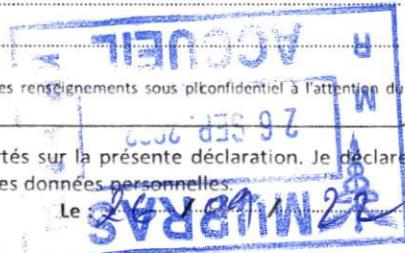
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-717712

130870

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08652	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA			
Date de naissance : 10/01/1970			
Adresse : NU 14 IMPASS ABOU DAR AL GHAFFAII EZ-ZATHRA, BERNÉ CHID,			
Tél. : 0670 56 20 56 , Total des frais engagés : 1129,30 Dhs			

Autorisation CNDP N° : 215/2019

Cadre réservé au Médecin	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. AHBEDDOU Sanaa Ophtalmologiste INPE : 101199883 </div>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	12/07/2022		
Nom et prénom du malade :	Maaroufi Asmaa		
Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Mérite		
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 :	Berrechid		
Signature de l'adhérent(e) :			
Le	26 SEP. 2022	IN	26 SEP. 2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/07/22	CS		300,00	INP : 1234567890 Dr. DRAHBECK BERtrand Agustine
25/07/22	CP	6		

EXECUTION DES ORDONNANCES :		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
12/07/22	293,60	10/07/22
25/07/22	370,30	
12/07/22	571,20	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	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	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX : _____
				MONTANTS DES SOINS : _____
				DEBUT D'EXECUTION : _____
				FIN D'EXECUTION : _____
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX : _____
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	G	MONTANTS DES SOINS : _____
	B	00000000 35533411		DATE DU DEVIS : _____
				DATE DE L'EXECUTION : _____
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA

12 juillet 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

28,60 DH =
MX 28,60

CHIBROCADRON

1 goutte toutes les 5 minutes pendant la première heure
 puis 1 goutte / heure pendant 48 h
 puis 1 goutte 8 fois par jour pendant 1 semaine
 puis 1 goutte 6 fois par jour pendant 1 semaine
 puis dégression
 , dans les deux yeux



STERDEX POMMAGE

3x 26,40

1 application / jour le soir , dans les deux yeux, pendant 1 M



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA

Dr. AHBEDDOU Sa
Ophtalmologiste
INPE - 10119983



Distribué par les Laboratoires SOTHEMA

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

(X)



OPHTHALMOCLINIC NOOR

مصحة العيون النور

10, شارع الأمم المتحدة ، أكدال ، الرباط

0537 911 911

contact@ocn.ma

www.ocn.ma

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

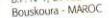
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC



6 118 001 071425

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA



CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182



OPHTALMOCLINIC NOOR
10, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat
Tél : 0537 911 911

Reçu de caisse

N° : 220712110802CH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22G121108	MAAROUFI ASMAA	12/07/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par :CHAFAI

OPHTALMOCLINIC NOOR SA
10, Avenue des Nations Unies,
Agdal - Rabat
Tél : 0537 911 911 C1

25 juillet 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

COSOPT: COLLYRE

1 goutte 2 fois / jour matin et soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

128.10 X3

3 78.30



LOT W005798 2
EXP 10 2023
PPV 126.10 DH

OPHTALMOCLINIC NOOR SA
10, Avenue des Nations Unies,
Agdal - Rabat
Tel : 0537 911 941
Dr. AHBEDDOU Sanaa
Ophtalmologiste
INPE : 101199883

OPHTALMOCLINIC NOOR

مصلحة العيون النور

10, شارع الأمم المتحدة ، أكدال ، الرباط

📞 0537 911 911

✉ contact@ocn.ma

🌐 www.ocn.ma