

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

137862

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A																								
Cadre réservé à l'adhérent (e)																											
Matricule : AL706		Société : RAM																									
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RHITA																								
Nom & Prénom : EL KARROUNI		Date de naissance : 10/03/1985																									
Adresse :																											
Tél. : 0666957545		Total des frais engagés : 596,4 DHT																									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cadre réservé au Médecin</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cachet du médecin : Dr. M. QERMANE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Opt. talmologiste</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Rue Dukkala N° 8 - Kasbah</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mupras - Tél : 028 32 20 88</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date de consultation : 17 NOV. 2022</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom et prénom du malade : EL KARROUNI HIBRA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lien de parenté : F</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nature de la maladie : Affection Oculaire</td> </tr> <tr> <td colspan="2">En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.</td> </tr> </table>				Cadre réservé au Médecin		Cachet du médecin : Dr. M. QERMANE		Opt. talmologiste		Rue Dukkala N° 8 - Kasbah		Mupras - Tél : 028 32 20 88		Date de consultation : 17 NOV. 2022		Nom et prénom du malade : EL KARROUNI HIBRA		Lien de parenté : F		Nature de la maladie : Affection Oculaire		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'att. médecin conseil de la Mutuelle.			
Cadre réservé au Médecin																											
Cachet du médecin : Dr. M. QERMANE																											
Opt. talmologiste																											
Rue Dukkala N° 8 - Kasbah																											
Mupras - Tél : 028 32 20 88																											
Date de consultation : 17 NOV. 2022																											
Nom et prénom du malade : EL KARROUNI HIBRA																											
Lien de parenté : F																											
Nature de la maladie : Affection Oculaire																											
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.																											
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à : CASABLANCA Le : 11/11/22 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]																											

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
14 NOV 2022			250.00	INP : [REDACTED] Dr M. DERRIDA Ortodontie Appliance 33 Alakalifa N° 8 Casablanca Tél : 06 32 08 32 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et Pharmacien ou le Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JAMAL CASA S.A.R.L. Angle Bd Ghaldi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tel: 0522 36 08 06	14/11/2022	346.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

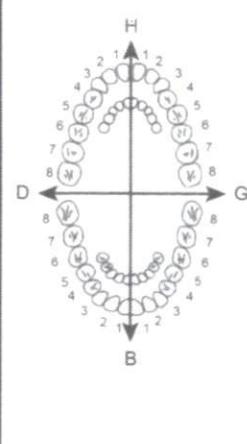
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DEBUT D'EXECUTION	[REDACTED]
FIN D'EXECUTION	[REDACTED]
COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
DATE DU DEVIS	[REDACTED]
DATE DE L'EXECUTION	[REDACTED]

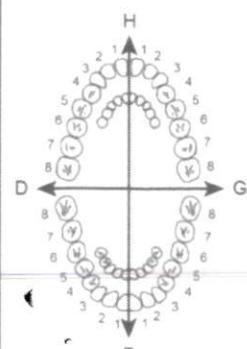


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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'EXE

Docteur M.QERMANE
OPHTHALMOLOGISTE

LOT

B.N. ZAD215

EXP. 01 2024

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM

Date: 15/06/2017

P.P.C : 128 DH 00

الدكتور قرمان مصطفى
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بـ^{جامعة} Ghandi et Yacoub
حاائز على شهادة طب الطهران
طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العين
بسلا
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
الفحص والعلاج بأشعة الليزر
بالموعد

11/2022 محمدية في

EL KARROUMI RHITA

625402
2022-05
2024-04

147,00

THEALOSE COLLYRE 1 GOUTTE 3 F:J 3 MOIS

HY FRECH UD 1 GOUTTE 2 F:J

128,00

TOBRADEX COLLYRE

1 goutte 3 f/j pt 3 MOIS

36,70x2

346,40

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 0806

حمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس: 05 23 32 20 89

Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél.: 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

3 662042 003295
VR2762CLM/AB/0919
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.M. N°1, 271 B2 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2015/DMP/20/DM
PPV : 147,00 DH

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,30,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21 NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

406836 MA

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,30,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21 NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

406836 MA

Lot : 2FTK1A
EXP : 01 2024
TOBRADEX®
COLLYRE EN SUSPENSION

Lot :
EXP :
2FTK1A
C1 2024
TOBRADEX®
COLLYRE EN SUSPENSION