

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- 0053373

14/07/21

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZOU.G.GARI RADI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/01/2023

Nom et prénom du malade : Zou.G.GARI RADI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Phterose Darlan

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
Leila Mejra 103, Bld. Abdelloumoune Casablanca - Maroc	13/1/23	52890

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.

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

The diagram illustrates the left hemisphere of the human brain. Key regions are labeled with numbers 1 through 8. The top region (frontal lobe) is labeled 'H'. The dorsal side is labeled 'D'. The posterior side is labeled 'G'. The ventral side is labeled 'B'. The regions are numbered as follows: 1 (frontal lobe), 2 (top), 3 (left), 4 (right), 5 (dorsal), 6 (dorsal), 7 (dorsal), 8 (dorsal), 1 (posterior), 2 (posterior), 3 (posterior), 4 (posterior), 5 (posterior), 6 (posterior), 7 (posterior), 8 (posterior).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6402

Casablanca le :

13 janvier 2023

ZOUGGARI Radia

CILOXAN COLLYRE (CIPROFLOXACINE) 0,3%

1 goutte 3 fois par jour, pendant 15 jours

60,00 Dhs



CILOXAN (POMMADE) (CIPROFLOXACINE) 0,3%

1 application sous les paupières le soir, pendant 15 jours

192,10



DUOTRAV



1 goutte le soir, pendant 1 Mois

125,00

AZOPT



1 goutte 2 fois par jour, pendant 1 Mois

dans les deux yeux

528,90

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 0522.25.71.71 - Fax : 0522.25.11.15
Urgence 24/24
Tél. : 0522.25.71.71 (S. S.)

CILOXAN® 0,3%
POMMADe OPHTALMIQUE 
tube de 3,5 g Remboursable AMO
Laboratoires Sothema
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855
692274 MA

CILOXAN® 0,3%
POMMADe OPHTALMIQUE 
tube de 3,5 g Remboursable AMO
Laboratoires Sothema
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855
692274 MA

6 118001 070114
Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml 
Boîte de 1 flacon
PPV : 125,00 DHS
AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446373 MA

6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml 
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ Remboursable AMO
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS 406434

6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml 
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ Remboursable AMO
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS 406434

6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL 
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon Remboursable AMO
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ 407393 MA