

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.

M22- 0047703

149091

RA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1994

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAMYANE EL HADJ

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 03 lotissement Lamare 4 Rue Soltane

39 emer Bn. KHATTAB Sidi Moussem Casab

Tél. : 06.72.70.65.69 Total des frais engagés : 29092.411834 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

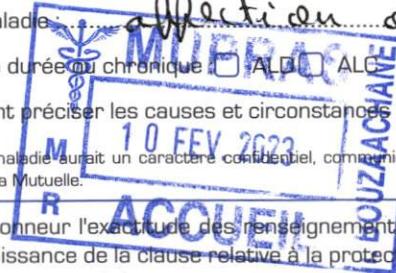
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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) :

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.

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
06/02/23	CT		(G)	Dr. ZRYOUL Me Ophtalmology 52, av. el khelil Hay Abdellah - Casablanca tel. 0522 52 38 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE INES Dr Ennahmache BENCHIKHLA Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 20 TEL : 0622 50 24 80	06/02/23	290,90
	07/02/23	117,00 dh's

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient des travaux	
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left, and a horizontal arrow labeled 'C' on the right points to the right. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with the upper arch showing a slight curve and the lower arch showing a more pronounced curve.

ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN AFFECTANT L'EVOLUTION

ORDONNANCE

Médecin traitant :

Patient : Age : Date :

1 lavage le matin dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

- **SPECTRUM 250MG**

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours

- **BROPDEX COLYRE**

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

- **EOLE DUAL**

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 6 semaines

- **MAXIDROL Pommade**

1 application le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

- **Rondelles Ophthalmologiques**

6/02/2023

LOT 220865
 EXP 06/2025
 PPV 51.40DH

PPV : 51,60 DH

Bropdex 0,3%

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
 PPV = 117,00 DHS

PPC : 135,00

E 02 2025

07 / 2025

6 118001 070404
 Laboratoires Sothema Bouskoura
 Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
 A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
 PPV : 22,40 DHS

406805