

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 103431

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUROUTI HANID

Date de naissance : 06-08-58

Adresse : Résidence Salétoile N°36 RTE D'ALGER

Casablanca

Tél. : 06 6791 03 75

Total des frais engagés : 1500,50 DHs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dalila BOURASS

Ophtalmologue
84, Bd Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

INPE: 091033105

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : ZOUROUTI HANID Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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 : Casablanca

Le : 30/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Bachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 AOUT 2023	CRS	1	300,00	Dr. Dafna SEBAT ID 05551 Opticien Opticien 84, Bd M. Bertrand 1er Tél: 05 22 33 06 06 INPE: 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/2023	1240,50

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

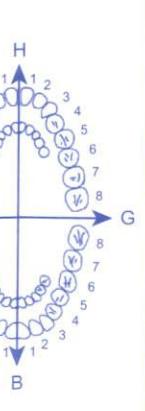
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

INVENTAIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX									
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
<p>MONTANTS DES SOINS</p>											
<p>DATE DU DEVIS</p>											
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

اختصاصية في أمراض و جراحة العين

جراحة العين (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية العائلي

الليزر

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 28 août 2023



DUOTRAV

une goutte le soir à heure fixe non stop

ALPHAGAN: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour; 8h30 et 20h30

GYLAN UD

1 goutte x 4 par jour pdt

Traitement pendant : 3 Mois , dans les deux yeux

1240,50



لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

P.P.C :
129,90DHS



100323
04.2026

Numéro de lot
Date d'expiration

P.P.C :
129,90DHS



100323
04.2026

Numéro de lot
Date d'expiration

100323
04.2026

Numéro de lot
Date d'expiration

P.P.C :
129,90DHS

4 630098 006910

Barcode for product 129,90DHS

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sotéhama Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407393 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sotéhama Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407393 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sotéhama Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407393 MA

