

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.

M23-0029788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

667.10

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

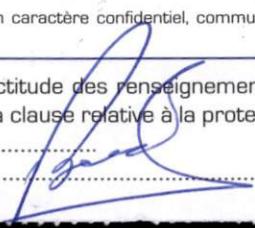
Affection longue durée ou chronique :

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre & Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
ABJAN 53	GS + A		+ 300 DH	Dr. Houcine AHAMMOU Optométriste Janvier imm. Centre d'Affaire Bureau 2 Bld Doukkala 03 24 43 51 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie ZBIDA Karima Docteur en Pharmacie 1 Bd Bourdonnac 35351 Télé : 05 24 65 35 31</i>	13/11/23	367,10

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered positions (1-28) corresponding to specific teeth. The positions are arranged in four quadrants:

- Upper Left Quadrant:** Positions 1 through 8. Symbols include P , V , M , Y , and H .
- Upper Right Quadrant:** Positions 9 through 16. Symbols include V , M , Y , and H .
- Lower Left Quadrant:** Positions 17 through 24. Symbols include V , M , Y , and H .
- Lower Right Quadrant:** Positions 25 through 28. Symbols include V , M , Y , and H .

A vertical axis labeled **H** points upwards, and a horizontal axis labeled **D** points to the right.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHEZ QU'UN PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Houda Ahammou



Spécialiste en ophtalmologie

Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech et de Versailles (France)

Chirurgie de cataracte • Ophtalmologie pédiatrique

Strabisme • Lentilles de contact • Rétine

Chirurgie réfractive • Explorations ophtalmologiques

الدكتورة هدى أحمو

أخصائية في طب و جراحة العيون

دبلوم كلية الطب بمراكش

دبلوم كلية الطب بفرنسا (فرنسا)

طب العيون للنثار و الصغار • جراحة العياء البيضاء الجلالة بالليزر

تقدير النظر بالليزر • العدسات اللاصقة • تصحيح المول

التصوير بالمواضيع فوق الصوتية • تصوير أوعية الشبكية و الليزر

13 novembre 2023

Mme ANBRY Fatima

224,00

GANFORT: COLLYRE

1 goutte par jour le matin , dans l'œil droit, pendant 3 Mois

140,10

TRAVATAN: collyre

1 goutte par jour, le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

364,10

Dr. Houda AHAMMOU

Ophthalmologue
Bd 11 Janvier Imm. Centre d'Affaire FZ1
1er Etage Bureau 2 Bab Doukkala
Tel: 05 24 43 51 08

Pharmacie LABIAR
ZBIDA Kanimaa
Docteur en Pharmacie
209/103 : 05 24 65 35 31
Bab Doukkala - Marrakech

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution ,2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

GANFORT® 0,3mg/ml+5mg/ml,
collyre en solution , flacon de 3 ml

6 118001 251391 >


GANFORT

0,3 mg/ml + 5 mg/ml
collyre en solution
bimatoprost/timolol

PPV : 227DH00

Vie oculaire

Flacon de 3 ml

Lot:
FAB:
EXP:

