

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-014997

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 503 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEBTI ABDESLAM
 Date de naissance : 15/08/46
 Adresse : Rue SOCRATE RESIDENCE EL SPACE SOCRATE
 PORTE D. ETAGE 1. APPT 1 MAIRIA CAPA
 Tél : 0645509849 Total des frais engagés : 224 DH TTC

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17.01.24
 Nom et prénom du malade : SEBTI ABDESLAM Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Beda MIKOU ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALD ☐ 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 : CAPA R ACCUEIL Le : 16/01/24
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

17 JAN. 2024

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>Pharmacie 1000 KATIP</p> <p>M'hamed GERMANE</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>Pharmacie Achache</p> <p>Mohammed Amine</p> | 16/01/24 | 54.00 |
| | 16/01/24 | 170,15 |

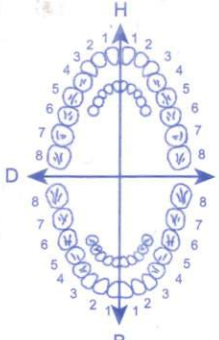
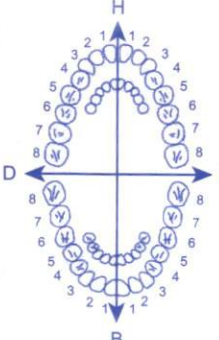
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT231003123911

16 janvier 2024

Mr SEBTI Abdeslam

Traitement de l'oeil opéré

1/ PHYLARM / Compresses Steriles

1 lavage x 2/J pendant 2 semaines

2/ TOBRADEX COLLYRE

1 goutte x 4/j pendant 1 semaine ; puis X3/J , 1 semaine , puis x2/J 1 semaine puis x1/j 1 semaine

3/ MYDRATICUM COLLYRE

1 goutte x 2 /j pendant 1 semaine

4/ TOBRADEX POMMADE

1 fois /j soir pendant 1 semaine

5/ PANSEMENT OCULAIRE

A changer chaque matin

6/ SPECTRUM 250 mg

1 CP x2/J pendant 5 jours



HER MEDIC
PPC

16 ui 104.00 DHS de 10 ml

**À chaque fois
l'œil est irrité**

TOBRADEX®

POMMADE OPHTALMIQUE

0,3/0,1%

Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH

Laboratoires Sothema, Bouskoura

AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



6 118001 070602

690206 MA