

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 canaux, 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 canaux.

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.



DECLARATION DE MALADIE

N° W21-823536

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 8638

Matricule : 8638 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : SKENOM

Nom & Prénom : EL GUERGACHI

Date de naissance : 31.03.72

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0663761103 Total des frais engagés : 525,70 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Dr. Feda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca - SC
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
mail : mikou@cliniquestendhal.ma

Cachet du médecin :

Date de consultation : Casa 25/10/2023

Nom et prénom du malade : EL GUERGACHI YAHYA Age : 51

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR Le : 15 / 02 / 24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ 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
25/10/24 8083	C		300DH	INP: 0522 47 15 94 Dr. Mikou 16, Avenue Stendhal - Casablanca - SC Tél: (0212) 0522 47 15 94 Email: r.mikou@cliniquestendhal.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Hay Mabrouka Abdelghani ELVABIL Lot. Maoulana 100m. 1 Magasin Jbel Levent - Marrakech - Tél: 0524 42 31 77	25.10.24	225,20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

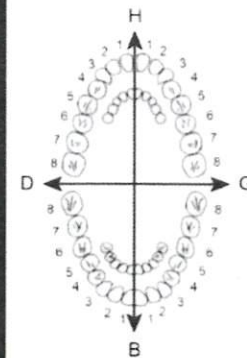
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

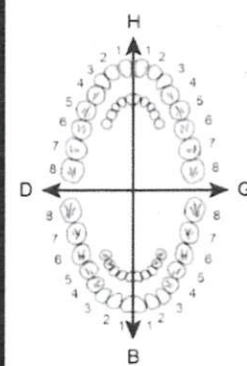
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique necessaire a la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PT231017145255

25 octobre 2023

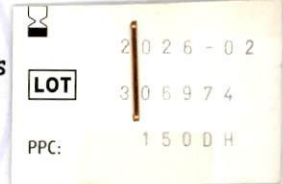
Mr EL GUERGAAI YAHYA

75/30
ZALERG

1 goutte x 2/ jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

15/100
HYLOCOMOD: collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



22/17
Pharmacie Hay Mabrouka
Abdelghani ENNABIL
Lot. Maureouka, Imm. 1 Magasin 1
Jbel Jebel - Marrakech - Tél: 034 42 31 77

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophthalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél: (+212) 05 22 47 15 94
E-mail: r.mikou@cliniquestendhal.ma