

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.

Biologie 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.

Education :

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

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

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 : N° P19- 0023669

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1146 Société : RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ouhni Maha Date de naissance : 19/08

Adresse : 16 Rue Sallam El houda A Berchid

Tél. : 06 51 89 27 51 Total des frais engagés : 240,75 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibou Nafli - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47

Date de consultation : 02/10/2019

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Méch

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 79 Oct. 2019

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 : Berrechid Le : 16/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : Be

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
20/11/19	S		S	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/19	200,75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

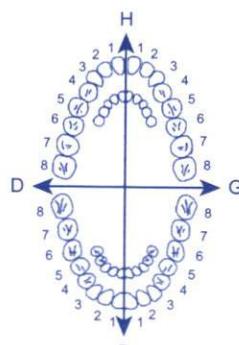
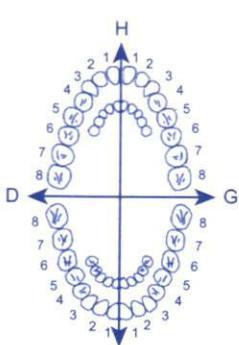
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'exploration.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>			H	G	D	B	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G											
D	B											
25533412 00000000	21433552 00000000											
00000000 35533411	00000000 11433553											
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION



PHARMACIE AL MADINA
Casablanca, Maroc
Tél : 05 22 23 40 08

Dr. SOUFIANA CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafaa
Tel. 05 22 32 47 47

ORDONNANCE

Casablanca, le : 21/10/2019

Mr/Mme, SAIDAN MAHJOUBA

110,50

• sepcen 250 mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

A.S.
A.S.V

2950

CHIBRO-CADRON COLLYRE :

1 goutte 5 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 2 semaines

1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 2 semaines

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

5 gouttes 1 fois par jour pendant une semaine

2640

STERDEX POMMADE :

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

3850

sicca fluid :

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

3195

SERUM PHYSIOLOGIQUE :

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

2640

RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

STERDEX pommeade ophtalmique

Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Enreg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ
338R1/17 DMP/21/NRQ

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri. 20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

22986

LOT : 05619001
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH

ZENITH PHARMA

PPC : 35,95 DH

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



AMM. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEEMA
B.P. N° 1, 27182
Bouskoura - MAROC



6 118001 071425