

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

- Réclamation : 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 : N° P19- 0016747

Maladie

Dentaire

Optique

A

24373

Matricule : 04811

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AKEESBI HABIB

Date de naissance : 05/01/1955

Adresse : NEF AL MOSTAKBEL Rue 52 N° 6 Bex

Tél. : 0670341287

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZRYOUL Merieme
Ophtalmologue
52 Bd. el Khalil Hay MY
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

Date de consultation :

28/02/2020

Nom et prénom du malade :

NAJTI NAJJA

Age :

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 l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

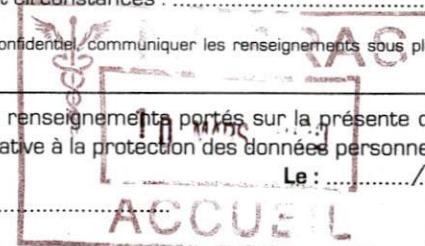
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





ACCUEIL

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
28/02/2020	CS	Gnath		Dr. IRYOUI M. OPHTHALMOLOGISTE 82 Bd. el Khâli Hay 12 Abdelhak - Casablanca Tél: 05 22 52 38 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. IRYOUI M. OPHTHALMOLOGISTE 82 Bd. el Khâli Hay 12 Abdelhak - Casablanca Tél: 05 22 52 38 42	28/02/2020	1441,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

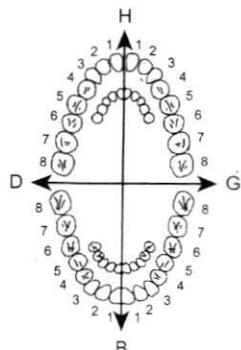
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
DETÉRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
G				
[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DE L'EXECUTION			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca, le : 28/02/2020

Mr/Mme NAJTI NAJIA

SA, Y

LOT 190980
EXP 05/2022
PPV 51.40 DH

• **SPECTRUM 250 mg :**

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

29, Y

CHIBRO-CADRON COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

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

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

22, Y

• **POMMADE :**

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

38, 50

~~MAXIDROL MULTI~~ *Siccafluid* 1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil pendant 6 semaines.

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH
M. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

6 118001 071425

6 118001 070404
Laboratoires Sotherna Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal. 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

6 118001 101023
SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue
Mohamed Boun, Casablanca - Pharmaciens
Responsable : Amina DAOUDI

• **SERUM PHYSIOLOGIQUE :**

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

• **RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES**