

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 :

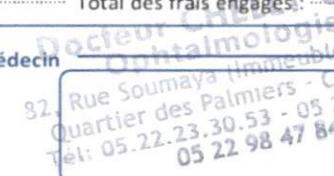
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

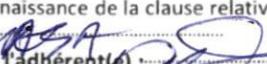
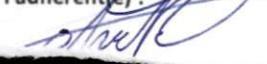
- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 00858 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | 41179 |
| Nom & Prénom : EL MARRIB Djebrane | | | |
| Date de naissance : 06/02/48 | | | |
| Adresse : 9 El Djir 92 SADOUF Rue 1 N° 6 HC 0004 | | | |
| Tél. : Total des frais engagés: _____ Dhs | | | |

| | | |
|---|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin :  | | |
| Date de consultation : _____ | | |
| Nom et prénom du malade : _____ | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | |
| Nature de la maladie : <input checked="" type="checkbox"/> Affection <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> SD | | |
| 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 : 
Signature de l'adhérent(e) : 



Le : 13/09/2020

23 SEP 2020

| 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 |
| 06/08/2010 | CS | 1 | Cette fois | INP : INP : 091000931 Docteur CHELLY Djalil Ophtalmologue à Casablanca - Casablanca - 05 22 25 00 00 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| 06.08.2020 | 08.08.2020 | 316,50 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



ORDONNANCE

Casablanca, le : 6/08/2020

Mr/Mme Chakib Mohamed

51,40

• **SPECTRUM 250 mg :**

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

29,40

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.

54,40

• **TOBRADEX POMMADE :**

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 s

144,10

• **VISMED MULTI**

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

37,20

• **SERUM PHYSIOLOGIQUE :**

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

316,50

• **RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES**



LOT 191829
EXP 11/2022
PPV 51.40 DH

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

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

61118001071425

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
3,50 ml
Boîte de 1 tube
Laboratoires Sotrema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/NRQ

PPV : 54,40 DHS
61118001070602
69020-4

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

ZENITH Pharma
PPC:37,20 DH

Angle Rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 / Fax : 05 22 25 00 01 - Casablanca

E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n° : 1007171 - Patente : 34762423