

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	693	Société :	27M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	152563
Nom & Prénom :		ABOUAISSE Mohamed	
Date de naissance :		28/7/73	
Adresse :		70 Rue Koutoubia n°11 Bousgour	
Cesc			
Tél. : 0663760915		Total des frais engagés : 638 Dhs	

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouatae BENCHEKROUN  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais Bd Ghanem Casablanca  
Tél/Fax : 0522 36 37 08  
Urgence : 0522 36 19 56

Date de consultation :	08/02/23	Age :	
Nom et prénom du malade :	Farid Abdellah	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Cataracte, côte visible		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC 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 :

Le : 13/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

## 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
08.09.23	CS	300 DHT		INPE : 091021758
15.02.23	CG	66		INPE : 091021758 Signature de M. BENCHOURA Date : 15.02.2023 Signature de M. BENCHOURA Date : 15.02.2023

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>pharmacie IBNOU KATIR</b> M'hamed GERMANE Docteur en Pharmacie	08/02/23  15/02/23	154,00 Dhs  84,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	$  \begin{array}{r l}  H & 21433552 \\  25533412 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  B & 35533411 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

Yle 6913

الدكتورة وفاء بنشقرن

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الاليزر

عدسات الاتصال



٩٢٢-  
٠٠١٨٠٩٩

- ٠٢٣  
الدار البيضاء في

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



Farid

Saad

٣٦,٥

٤٧

Istear

islael x2

١٢٩,٥

٤٧

Ophee

F

٢٥٤,٥٠

Sogto x

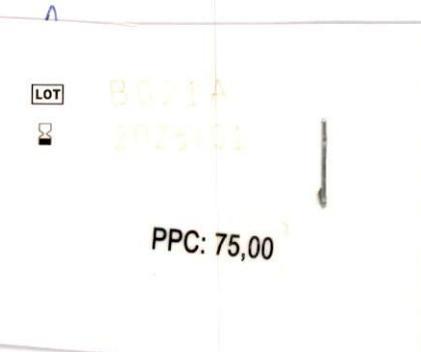
Professeur Ouafae BENCH

Ophthalmologiste

Rés. du Palais-Bd. Ghandi C.

Tel/Fax: 0522 36 37 36

Urgence: 0662 55 19 36



PPC: 75,00

Euro médic  
Distributeur Exclusif

PPC: 179,00 DH TTC