

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Matricule : **1953**

Société : **12 AM**

Actif

Pensionné(e)

Autre : **RETRAITÉ**

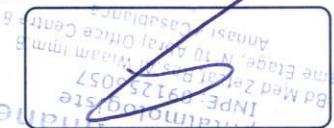
Nom & Prénom : **ERRADE LAHOUSINE**

Date de naissance :

Adresse :

**QUDSI RESIDENCE AL FAJR**  
**CASA**

Tél. : **05 22 27 77 93** Total des frais engagés : **60,600 DHS** Dhs



Cachet du médecin :

Date de consultation : **05/01/2023**

Nom et prénom du malade : **ERRADE Laheusine** Age : **75**

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **C.S. cephalee**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

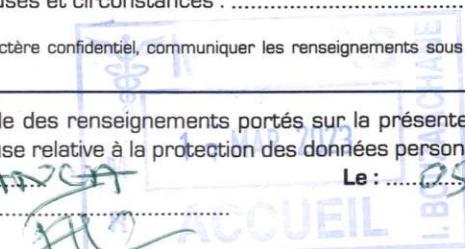
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **CASA BLANCA**

Le : **05/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
05/10/2013			200 DHS	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GUESSOUS DR GUESSOUS WAFAA Rue 12 N° 67 Hay Al Qods Tél.: 0522 73 78 28 Casa APE	5-1-83	406,00

## **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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr . ADNANE Imane**  
**Ophthalmologiste**

- Diplômée de la Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

- Praticien attachée à l'hôpital Cheikh Khalifa

- Ancien interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca

- Ancien interne au CHNO 15 -20 Paris

Adultes - Enfants



**د. عدنان إيمان**  
**طب وجراحة العيون**

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

- طبيبة بمستشفى الشيخ خليفة

- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

- طبيبة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي

الوطني لطب العيون 20 - 15 باريس

للكبار والصغار

## ORDONNANCE

Casablanca, le : ..... 05 janvier 2023

**Mr. ERRADE Lahoussine**



GANFORT: COLLYRE

221.00

PPV 227DH00



1 goutte par jour le soir, dans les deux yeux

OPTIVE FUSION

1 goutte\*5 / jr, dans les deux yeux

**Euro médic**  
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

109,00

**DR. ADNANE Imane**  
Ophthalmologiste  
Bd. Med Zefzaf Rés. Al Wiaam Imm.8 2ème Etg N° 10 Abraj Office Centre 8, Anassi (en face du terminus Tramway) - Casablanca  
Tél : 07 66 08 36 07 - Fixe : 05 22 68 15 63 - E-mail : dr.imaneadnane@gmail.com

شارع محمد زفزاف إقامة الونام عمارة 8 الطابق 2 الرقم 10 أ برج أوفيس سانتر 8 أناسي. ( أمام نهاية الطرامواي ) - الدار البيضاء  
Bd. Med Zefzaf Rés. Al Wiaam Imm.8 2ème Etg N° 10 Abraj Office Centre 8, Anassi ( en face du terminus Tramway ) - Casablanca

Tél : 07 66 08 36 07 - Fixe : 05 22 68 15 63 - E-mail : dr.imaneadnane@gmail.com