

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

M23-005602

AS 3230

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **42305**

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

**CASSI CITEI YASMIN**

Date de naissance : **30/04/1984**

Adresse :

Tél. : **06-56-520-520**

Total des frais engagés : **320** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... / .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... / .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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 : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : ..... / .....

8

## 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
21/3/2023	Chirurgie	1	100000	PIA OPERATEUR WWW.PIA.FR En face des Diverses Services Le 21/03/2023

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture.
<p><b>ARMERIA SUNE D'ANIFA</b>            1. Avenue Driss Slaoui            Casablanca            Tél : 0522 39 30 30            N° INPE : 092022482</p>	08/03/23	320,00

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

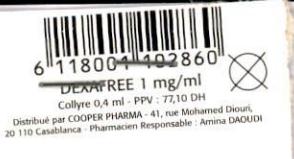
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
25533411	11112222

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**ALGANTIL® 200** 20 dragées  
PPV 190H70  
EXP 10/2025  
LOT 20004 2

**Théalose®**  
Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMÀ  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147.00 DH



Azyter 15 mg/g  
Collyre, B/6 flacons unidoses  
PPV : 7620 DH

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

ue. Nouvelle Vie.

Casablanca, le 08/03/2023  
**Ordonnance**

**M.HATIM MEHDI**

76.20

**Azyter**

1 goutte 2 x /jour pdt 3 jours.

**Théalose**

1 goutte 6 x/jour.

**Algantil**

2 comprimés 2fois / jour.

**Dexafree**

1 goutte /jour.

**Recommandations :**

Ne pas se frotter les yeux.

Ne pas mettre la tête sous l'eau pendant semaine.

320,00

**CASABLANCA LASERVISION**  
**CLINIQUE VAL D'ANFA**  
19, Bd Moulay Rachid - Casablanca  
Tel. : 0522 94 32 00 - 0522 94 34 00  
Fax : 0522 94 63 00

19, boulevard Moulay Rachid (Ex Franklin Roosevelt), Clinique Val d'Anfa  
Quartier Anfa - Casablanca - Maroc - Tél. : 00 212 (0)5 22 94 32 00 - 00 212 (0)5 94 34 00  
Fax : 00 212 (0)5 22 94 63 00 - www.casablancalaservision.com