

## 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-789224  
159805 Casab.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 0903			
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Dr. Benhaddouch LaPeech		Date de naissance : 5/11/1943	
Adresse : 22, Rue Jomaa N° 5 RABAT		Tél. : 053775224 Total des frais engagés	
Tél. : 0671701392		053775224 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. N. LAMDOUAN BELAKHDA Ex. Professeur d'Ophtalmologie 13 Bd. Avenue Ibn Sina Agdal Rabat Tél : 0531 1718 / 053773232			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Dr. Ghazouli Ghazouli			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> 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'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 cause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : 07/03/2023 CAPS

Le : 07/03/2023

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
27-4-2023	C			<p>INF : 11111111111111111111111111111111</p> <p>SINA BELLA KHOURI Sina - Agdal - Rabat Sur ophtalmologie 05.31.77.32.32</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Méthode d'administration
 Isouda Mohamed Oussama NIPPE : 102-00178 Tel Roman, Hay Al Injat 05 37 80 71 00	27/4/23	Dr. N LAH Ex Profes 13 Bis Avenue Ks : 05 37 771
	INP : 1010100	180,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
D.E.F PROTHESES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

**Dr. N. LAMDOUAR - BELLAKHDAR**

Professeur d'Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie numérisée - Laser  
O.C.T  
Chirurgie réfractive



الدكتورة نعمى المدور بلخضر

أستاذة في طب وجراحة العيون  
التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر  
تصحيح البصر بالليزر

Rabat, le ..... **27 avril 2023** .....

**Mme GHAZOULI EP BENHADDOUCH Ghizlane**

**Pharmacie AZ-ZAHRA**

Dr. Bensouda Mohammed Ous/  
INPE : 102012978  
7 Bis, Av. Oued Roman, Hay  
Salé - Tél./Fax : 05 37 80

**264 TOBREX COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil

**264 STERDEX POMMADE**

1 application le soir au coucher pdt 7j puis 1soir sur 2, dans l'œil gauche

**322 FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL**

**907 1 app 2 fois par jour, dans l'œil**

**+ Opakarel collyre**

**Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR**  
Ex. Professeur d'Ophtalmologie

13 Bis Avenue Ibn Sina et Abdah - Rabat en face de l'Ecole Mohammadia

Tél : 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32 |

