

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 7531

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LA CH. GAR. FATIMA

Date de naissance : 20/12/1950

Adresse : INB. LA CH. GAR ET MAIS 1<sup>er</sup> ETAGE AVENUE DES JARDINS RACHID BEN YOUSSEF

Tél. : 06 66 82 05 66

Total des frais engagés : 122,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin DR. CHAHBI Mohammed

Optalmologiste  
544, bd. panoramique, California  
Casablanca MAROC  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 13 15  
Fax : 05 22 86 46 21

**MUPRAS**

**ACCUEIL**

**Z. AIT ALLAL**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/05/2023

Nom et prénom du malade : LA CH. GAR. FATIMA

Age : 73

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : opérée d'une cataracte OG

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 : CASABLANCA

Le : 30/05/2023

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30.04.2023 CS   |                   | 60000                 |                                 | Dr. CHAHBI Mohamed Ophthalmologiste<br>14 Bd. Palmerston, Casablanca Maroc 10100<br>Téléphone: +212 66 18 18 18 / 20<br>Fax: +212 66 22 30 15 15 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date             | Montant de la Facture |
|---|------------------|-----------------------|
|  | 30<br>04<br>2023 | 122,00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ordonnance

Casablanca le ..... 30/04/2023 .....

NOM : LACHGAR  
PRENOM : Fatima

L'œil opéré a partir de ce jour

- 24.60 1°) FRAKIDEX (collyre)  
1 goutte x3/j pdt 07 jours
- 24.80 2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)  
1 cp x2/j pdt 05 jours

3°) PHYLARM

Pour nettoyage de la paupière matin et soir

L'œil opéré après 07 jours

- 22.60 1°) FLUCON (collyre)  
1 goutte x3/j pdt 07 jours  
1 goutte x2/j pdt 07 jours  
1 goutte x1/j pdt 07 jours

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB : NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES  
GLAUCOMATEUX

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, bd. panoramique, California  
Casablanca maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21

LABORATOIRES ALCON  
4, rue Henri Sainte-Claire Deville  
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

6 118001 070244  
Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires SotHEMA  
PPV : 22,60 DHS

## FRAKIDEX

Collyre 5ml  
ZENITH PHARM  
AMM n°218/16

6118001270118 PPV: 24.6

PPV: 24,60 DHS

6118001270118 PPV : 24,60 DHS

74/80

6118001270118 PPV : 24,60 DHS

٨٥١

GÜPER  
PHARMA

مساء زوال ☺ مدة حساح

# ڈاکٹر یوسف سبیل