

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0051625

163325.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| Matricule : <u>1300</u>  | Société :  |                                  |
| <input type="checkbox"/> Actif                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>BIAZ Najib</u>                                   |  |                                  |
| Date de naissance : <u>15 - 11 - 1949</u>                          |  |                                  |
| Adresse : <u>B9 MEKKA Luttement FLORIDA dot 5 - California USA</u> |  |                                  |
| email : <u>nbiaz@hotmail.com</u>                                   |  |                                  |
| Tél. : <u>0661 14 86 51</u>  | Total des frais engagés :                        | <u>410,70</u> Dhs                |

#### Cadre réservé au Médecin

|  |  |                                 |  |
|--|--|---------------------------------|--|
| Cachet du médecin :  |  |                                 |  |
| Date de consultation : <u>17.04.2023</u>   |  |                                 |  |
| Nom et prénom du malade : <u>BIAZ NAB</u>  | Age:   |                                 |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même  | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |  |
| Nature de la maladie : <u>Affection Oculaire</u>   |  |                                 |  |
| 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 : Casa

Le : 01/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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.

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       | 300,00 DTS                      | <i>CD</i><br>1 MAI 2013  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur           | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| <i>HARMONIE PHARMACEUTIQUE CALIFORNIA - COOP</i> | 17/5/2013 | 110,70                |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

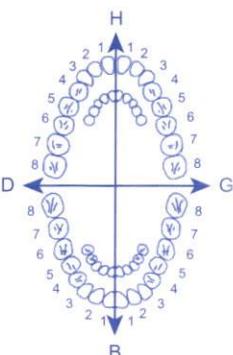
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :

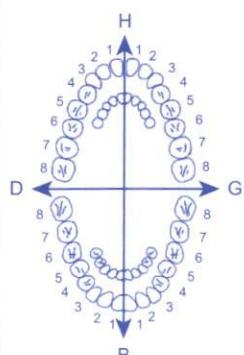
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| Coefficient des Travaux | 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

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

Ophthalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser

الدكتور الدخسي مح  
طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

P.P.V: 110 DH 70

Exp: 12/24  
Fab: 12/22  
Lot: 12/18

Xolamol®  
ج500 مل

17/05/2013

Raz NBR

1) Travatan coll.

110,70 ml x 100 mg

2) Xalomed coll.

110,70 ml

NS

3) Tobradex coll.

110,70 ml = 06

PHARMACIE FLEMING  
SANTÉ BEAUTÉ  
275, Route de la Mecque California - Casa  
Tél: 0522 21 31 55

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophthalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, 2<sup>e</sup> Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88  
CASA BLANCA