

# 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 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 caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

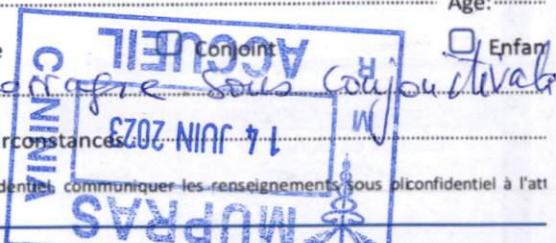
N° W21-769518

*MUPRAS 365 262*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : <b>3682</b>	Société : <b>RAF</b>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <b>SARAJE FETTAACHI SARAJA</b>	
Date de naissance : <b>08/08/66</b>	
Adresse : <b>YLOT HIND CAIRONNE</b>	
Tél. : <b>0661 065395</b>	Total des frais engagés : <b>730,90</b>

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>58, Bd el Oued, 20000 Casablanca, Maroc</i>	
Date de consultation :	<b>10 Avril 2023</b>
Nom et prénom du malade :	
<b>Hend</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
<b>En cas d'accident préciser les causes et circonstances</b>	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attédocteur conseil de la Mutuelle.	



J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : *13/06/2023*

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DRUGSTORE 131-1400 131-1400	23/04/1983	174.40

15440 307,5

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

**Désignation des Cœfficients**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Nombre				Montant dé des Honora
M	PC	IM	IV	

## **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 d

TESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتورة

أخصائية أمراض

دكتورة الطب و

(جامعة الحسن الثاني)

دبلوم تصحيح النظر

وجراحة العين (تونس)

دبلوم علاج وجراحة اسود

Lot: 07/2024  
Fab: 07/2024  
Exp: 07/2024

دبلوم تصحيح النظر باللaser (بوردو)

دبلوم طب الطيران (باريس v)

فحص الشبكية بالموجات الصوتية OCT (بوردو)

الفحص الطبي / رخصة السياقة

2024/7/1  
016 27/18  
LOT  
PPC: 148,00 DH  
PPC: 148,00 DH  
Sp

PPC: 159,50 DH

LOT 017 22

2024/7/7

PPC: 148,00 DH

LOT 016 27/18

2024/7/7

(Université Hassan II-Casablanca)

Diplôme de Chirurgie Refractive

et Phacoémulsification (Toulouse)

Diplôme de Strabologie / Oculomotricité (Nantes)

Diplôme de Contactologie / lentilles de Contact (Bordeaux)

Capacité de Médecine Aérospatiale (Paris V)

Diplôme d'OCT / Ophtalmologie (Bordeaux)

Agrément Permis de Conduire

## ORDONNANCE

Casablanca le 09 AVR 2023

Benjelloun Nouria

Nouria

INPE: 092065168

Eyestil coll

2 fois/jour pdt 6 mois

26.40

Sterdex pommade :

1 fois /jour pdt 7

124.40  
307.50



INPE: 092065168

Imm 858, Lot 158. Bd el Qods, 3<sup>ème</sup> étage (En face Agence Maroc Telecom), Mandarona - Casablanca

عمراء 858، تجزئة 158، شارع القدس، الطابق الثالث (أمام وكالة إتصالات المغرب)، منظرونا البيضاء

Tel: 05 22 50 65 65 - Gsm : 06 63 47 18 70 - E-mail : wafioph@gmail.com

◎ ☎ Cabinet d'ophtalmologie Dr wafi miriam 06.50.90.61.50