

## 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.



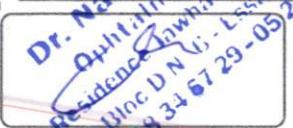
## Déclaration de Maladie

N° W21-785438

175694

C

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <u>8020</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ASSIDDIKI MOHAMMED</u>			
Date de naissance : <u>1950</u>			
Adresse : <u>AP03 LMH 47 Let ASSABAH ASSAOUI RA ELJADIDA</u>			
Tél. : <u>06 99 59 95 96</u>	Total des frais engagés : <u>125291 Dhs</u>		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	 <b>Dr. Nadia ALOTA</b> Dr. Nadia ALOTA Résidence Zawharat Al-Moudaw ULCC UNIV - Casablanca <u>06 18 34 67 29 - 05 24 78 52 91</u>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>07/09/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ABOUDRAKE IJJA</u>	Age : <u>57 ans</u>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>AFFAFACTION</u>			
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) :

<b>VOLET ADHERENT</b>	<b>Déclaration de maladie</b> N° <b>W21-785438</b>		
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.			
<b>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</b>			
Matricule :			
Nom de l'adhérent(e) :			
Total des frais engagés :			
Date de dépôt :			

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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
07/03/23		G		INP : DR. Nadia Mounir Ouverture d'enseignement Centre Jawharat Mounir 09-05-24 78 52 8

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Date Montant de la Facture  
07/09/2023 294,60 dt.

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

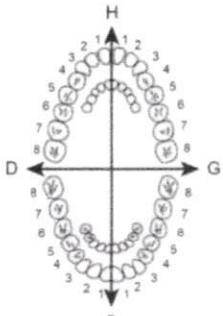
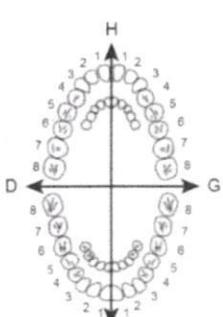
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	G	00000000 35533411	00000000 11433553	
	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**Dr. ALOUTA Nadia**  
**Ophthalmologiste**



Chirurgie de cataracte - phacoemulsification  
Chirurgie des voies lacrymales et annexes  
Angiographie rétinienne - laser - OCT  
Strabologie - Glaucome  
Contactologie  
Diplômée du CHU ibn Rochd Casablanca  
Diplôme de contactologie du CHU Bordeaux - France

**الدكتورة نادية الوطة**  
اختصاصية في جراحة وطب العيون  
جراحة المياه البيضاء  
جراحة المسالك الدمعية  
علاج أمراض الشبكية الناتجة عن السكري  
علاج المخول  
العلاج بالليزر  
خريجة كلية الطب ابن رشد بالدار البيضاء  
دبلوم العدسات من كلية الطب ببوردو فرنسا

Essaouira le : 25/2/23

Mr / Mm :

ABONDRARE FJJA

98,20 + 3

D'acalatone cul



(ODA)

1gct le m

Amoris

(GB016)

PHARMACIE SNOUSSI  
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed  
22 Ziquaq Rm 1011 Essaouira Al Jadida  
Tel: 05 24 79 26 95

Dr. Nadia ALOUTA  
Ophthalmologiste  
Residence Jawharat Mogador  
Bldc D N° 6 , Essaouira  
Tel: 06 18 34 81 29 - 05 24 78 52 87

شارع العقبة - إقامة جوهرة موكادور - بلوك D رقم 6 - قبالة التكوين المهني الصويرية

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT  
06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr

GJ4180

GJ6704

07/2025

-- LAPROPHAN --

PPV : 98DH20

Fraction

Collyre en solution

3 Ged