

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° M21- 0055116

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BIAZ Najib

Date de naissance : 15-11-1949

Adresse : Bd MEKKA lotissement FLORIDA lots California Casa

email = nbiaz@hotmail.com

Tél. : 06.61.14.86.51 Total des frais engagés : 490,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/2023

Nom et prénom du malade : Biaz Najib Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

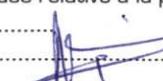
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Blanca Le : 19/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
09/12/2023	5		3000 H	Dr. M. KOUADIO, Optométriste Tél: 0522 47 15 94 Fax: 0522 47 15 94 Email: mikou@optometriste.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LA SAINTE BEAUTE	9/12/99 23	170.40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT230815082335

09 décembre 2023

Mr BIAZ NAJIB

TRAVATAN collyre

1 goutte par jour, le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

ALPHAGAN 0.2 % collyre

1 goutte x 2/j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

XOLA 2 % collyre

1 goutte x2/jour, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

190,40



PHARMACIE FLEMING  
SAINTE BEULLE  
Tél : 05 22 52 29 99 - Fax : 05 22 21 31 96  
775, Route de la Mésange Casablanca, Casablanca

DR Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologue  
18, Avenue Stendhal - Casablanca, Casablanca, SC  
Email : r.mikou@cliniquestendhal.com  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51

نوكلا®  
Xola®

Lot: 2 M 0 2 1 8  
Fab: 1 1 2 2  
Exp: 1 1 2 4

PPV: 95 DH 20



نوكلا®  
Xola®

Lot: A 0 0 0 8 0  
Fab: 0 6 2 3  
Exp: 0 3 2 5

PPV: 95 DH 20

