

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12746 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HARBAZ ZAKARIA

Date de naissance : 28.07.1985

Adresse :

Tél. : 0661762563 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.09.2023

Nom et prénom du malade : Harbaz Zakaria Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie de service du corps étranger

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 : CASAB Le : 27.09.2023

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
27.09.2023	cs		300 dh	Dr MOUSSAOUI Abdellatif Oncologie Avancée INPE: 09118330 Tél: 0522871298

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



- Ex Professeur et Enseignante à l'université Med VI des sciences de la santé
- Diplômée des Universités de Médecine de Marrakech et Paris
- DIU en ophtalmologie pédiatrique. Université Paris Descartes. Paris
- DIU en neuro-ophtalmologie. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en oeil et médecine interne. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en Adaptation des lentilles de contact. Paris
- DIU en Tomographie en cohérence optique. Paris
- Membre de la société française d'ophtalmologie

- أستاذة سابقاً بجامعة محمد السادس لعلوم الصحة
- خريجة جامعات الطب بمراكش وباريس
- شهادة طب العيون للأطفال. باريس
- شهادة طب الأذن والأنف والحنجرة. باريس
- شهادة طب الأمراض الباطنية والعيون. باريس
- شهادة العدسات الاصنفية الطبية باريس
- شهادة التصوير المقطعي البصري باريس
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

Casablanca ..... الدار البيضاء

27 septembre 2023

Mr. HARB AZ Zakaria



1/ AUREOMYCINE POMMADE OPHTALMIQUE

1 application deux fois par jour, dans l'œil droit, pendant 10 jours

2/ CILOXAN PDE

1 application matin et soir, dans l'œil droit, pendant 10 jours

3/ HYLOCOMOD COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

4/ PHYLARM

1 lavage matin et soir  
, dans les deux yeux, pendant 15 jours





Laboratoires GILBERT - 9228, avenue du Général de Gaulle - 14200 Thérouville Saint-Clair - France

LOT  
W

G 2 3 3 1 4 6 2 0 2 3 0 1

EX

2 0 2 5 1 2

X

MD

CE

0459

O

STERILE A

30°C

3 5 1 8 6 4 6 2 6 7 3 5 2

2 0 2 5 - 1 1 .

3 0 6 4 9 5 .

1 5 0 D H .

□

LOT

PPC:

LOT: 23016  
PER: 03/26  
PPU: 100DH00



CILOXAN® 0,3%  
سيلوكسان ® 0.3%

Fab:  
صياغة:  
Lot:  
فترة:  
Exp:  
انتهاء:

03 2023  
VN392A  
02 2025

