

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canaux, 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 canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## Déclaration de Maladie

W21-832993

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ AL

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5712 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bendidone Abdelkhalik

Date de naissance : 14.10.1965

Adresse : 14 Lotissement Océan Dar Bouazza

Tél. : 0661176789 Total des frais engagés : 75790 dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/11/2019

Nom et prénom du malade : SAMIR KARIM Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cholelithiase chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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'atte médecin conseil de la Mutuelle.


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

Fait à : Casablanca Le : 18/11/2019

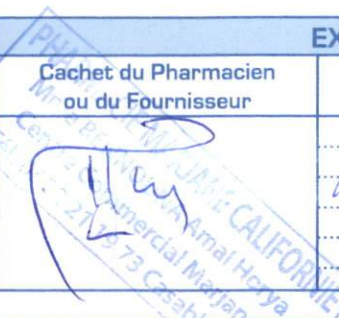
Signature de l'adhérent(e) : AB



# RELEVÉ 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
18/12/23	compta		300dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/23	457,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

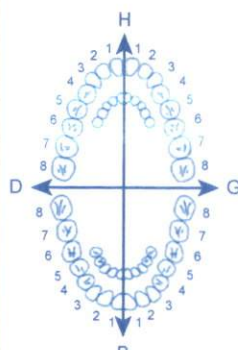
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient des Travaux
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div> <div> <div>11433553</div> <div> </div> <div> </div> </div> </div>				Coefficient des Travaux
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>				Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. BOUZIANE Soukaina

Ophtalmologie adultes et enfants  
Chirurgie oculaire  
(cataracte, strabisme, annexes ...)  
Correction de la vue au laser  
Explorations : OCT, angiographie,  
échographie oculaire et lasers.



الدكتورة بوزيان سكينية

طب العيون للكبار والصغار  
جراحة العيون  
(جلالة، الحول، جراحة المسالك الدمعية)  
تصحيح البصر  
تصوير القرنية و الشبكية  
الليزر

Casablanca, le : \_\_\_\_\_ : الدار البيضاء، في

18 décembre 2023

Mme SAMIR Karima

18300  
1/ BLEPHARETTE

1 massage chaud x 2 / jour , dans les deux yeux, pendant 21 jours

10400  
2/ PHYLARM

SERUM POUR LAVAGE OCULAIRE matin & soir  
, dans l'œil gauche, pendant 21 jours

2000  
3/ FRAKIDEX POMMADE

1 app 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 21 jours

14410  
4/ VISMED MULTI FLACON

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 2 Mois

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

PHARMACIE MARIANE CALIFORNIE  
Mme BENNOUNA Amal Horia  
Centre Commercial Mariane  
Tél: 0522 21 173 Casablanca

les 2 yeux.  
548, Bd 2 Mars Ain Chock  
CASABLANCA  
OPHTALMOLOGISTE  
DR. BOUZIANE Soukaina

211005

2024/04

PPC 189,00 DH

LOT: 30605  
EXP: 2026-05

HER MEDIC  
PPC  
104.00 DHS

LOT SG0033  
2023-01  
2026-03

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

**P.P.C: 144.10**