

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

799085

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03585 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HOUARI

A.B DELFETTAH

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : 400, route D'EL JADIDA CASA 244

je.sappleo@gmail.com

Tél. : 0661606995 Total des frais engagés : 374,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/02/2024

Nom et prénom du malade : EL HOUARI ABDEL FETTAH Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

15 MAR. 2024

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 : 052

Le : 12/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

K.H. HINMI

### 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
23/02/2024	S+TO		300 M.F.	Dr. Yamyae BOUHRAOUI Ophthalmo-Optique 421, Bd Abdellah Ben Kaddour N° 12 Casablanca - Tel. 0322-8844

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Angle Bd Terna Rue Abouroussem Feim Casablanca - Tél. 0522-5064	24/02/2024	74,50

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

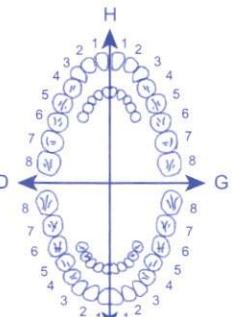
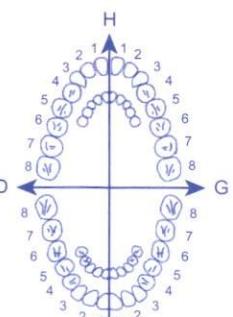
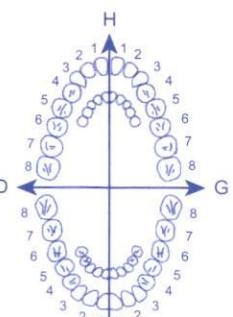
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	25533412	21433552	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	B	G	
00000000	35533411	11433553			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
					
D				G	
00000000					
35533411					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION

**Dr.Lamyae BOURHALEB**

**Ophthalmologiste**

**Maladies et chirurgie des yeux**

Diplômée en Neuro-Ophthalmologie  
de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



**الدكتورة لمياء بوغالب**

**طبيبة أخصائية**

**في أمراض و جراحة العيون**

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

23/02/2024

Y El HOUARI AbdelGeltali



6 118001 070176  
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema  
PPV : 45,90 DHS  
Remboursable AMO  
406434

28,60

21 Ciloxan 0,3%

1S

1S

Quelques

10,80  
06

87

Dr Lamyae  
Ophthalmologiste  
BOURHAL

74,00

**PHARMACIE GHAFIR**

1/2, Angle Bd Terrains de Sport

Rue Abourousse Farm Djerid

Casablanca - Tel: 05 22 25 06 41

421, Bd Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb\_lamyae@menara.ma

شارع عبد المؤمن، إقامة رياض عبد المؤمن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف: 05 22 86 54 29

B

06 21 44 56 75