

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

2021/61

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1781	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Bouziane KEBIR	
Date de naissance :			
Adresse :		332 Bd BORDEAUX / CASA / MAROC	
Tél. :		0662 18 19 10	Total des frais engagés : <del>100000000</del> Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	25	3	2024
Nom et prénom du malade :	Mr BOUZIANE KEBIR Age: 72		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	A.C affection oculaire		
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : Glaucome + sécheresse
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 : CASABLANCA, le : 15 AVR 2024  
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
13/01 2024	CS	04	300.000	L'AVU - Attestation de paiement des honoraires Signature :  Numéro d'identification : 3522949166

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharm. Dr. T. L. G. Hoffmann 4, Rue Tambour Clermont-Ferrand	25/09/2014 092064559	Montant de la Facture G. Hoffmann Pharm. Dr. T. L. G. Hoffmann 4, Rue Tambour Clermont-Ferrand - T. 04 73 22 22 22 4656909 0656,90€

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram illustrating a 2D coordinate system. The horizontal axis is labeled 'D' with an arrow pointing left, and the vertical axis is labeled 'B' with an arrow pointing down. A grid of points is plotted, forming a diamond shape centered at the origin. The points are numbered as follows: top row (y=1) has points 5 (top), 4 (top-left), 5 (top-right), 6 (middle-left), 6 (middle-right), 7 (bottom-left), 7 (bottom-right), 8 (bottom), 8 (bottom-left), and 8 (bottom-right); middle row (y=2) has points 4 (middle-left), 5 (middle), and 4 (middle-right); bottom row (y=3) has points 3 (bottom-left), 2 (bottom), and 3 (bottom-right). The numbers 1 and 2 are also present near the center.

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saida EL ALAOUI

Ophthalmologiste

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

طب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

25 mars 2024

BOUZIAD Kebira

XOLAMOL

(A'S)

092064559

1 goutte 2 fois par jour matin et soir à la même heure , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

HYE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

Total = 656,90

656,00

Dr. S. EL ALAOUI Saida  
Ophthalmologiste  
207, Boulevard Zerkouni  
Tél: 05 22 94 91 66 - CASA

زولامول®  
Xolamol®

Lot: A C 0 0 9 2  
Fab: 0 3 2 3  
Exp: 0 3 2 5

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: A G 0 2 3 7  
Fab: 0 7 2 3  
Exp: 0 7 2 5

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: A D 0 0 1 9  
Fab: 0 7 2 3  
Exp: 0 7 2 5

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: A C 0 0 9 2  
Fab: 0 3 2 3  
Exp: 0 3 2 5

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: A D 0 3 1 4  
Fab: 0 4 2 3  
Exp: 0 4 2 5

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: A P 0 3 1 4  
Fab: P P V : 103 DH 40  
Exp: PER : 08/25  
LOT : AH0009