

## 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° W19-563238

ND 37534

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>2798</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>CHAKIB KAMAL</b>			
Date de naissance : <b>20/05/1995</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>20012</b> Total des frais engagés : <b>20012</b> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <b>25/08/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>CHAKIB KAMAL</b> Age : <b>25</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>affection oculaire</b>			
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**

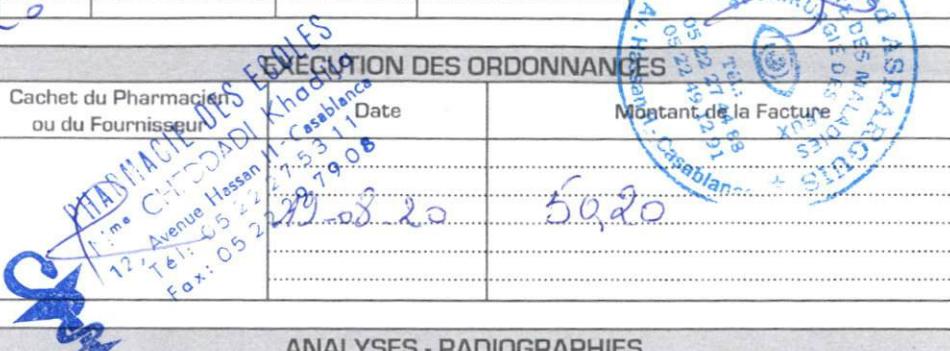
Signature de l'adhérent(e) :

**CHAKIB**

Le : **25 AOUT 2020**

## **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
15/08/20	43		200A	INP : 091013235 



## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# Doctor ASRARGUIS Mohamed

Ophtalmologue  
Diplômé des Universités de Paris  
Ancien Résident du C.N.O  
des Quinze - Vingt  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Chirurgie Vitreo-rétinienne  
Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification  
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie  
Expert assermenté près des tribunaux  
Ancien Médecin Chef des F.A.R



# الدكتور أسرارطيس محمد

اخصاصي في امراض وجراحة العيون  
خريج جامعة باريز  
جراحة وأمراض الشبكة  
جراحة الجلالة بالفالكون  
طب العول - راديو الشبكة -أشعة الليزر - العدسات  
طبيب معتمد لتسليم شواهد السياقة  
خبير مخلف لدى المحاكم

19/08/2020

29,40  
Monsieur CHAKIB Kamal

CHIBRO-CADRON  
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29.40 DH  
A.M. Maroc  
N° 116 DMP/21/NCV  
Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Bouskoura - MAROC



6118001071425

## - CHIBRO-CADRON

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 2 semaines

## - STER-DEX ou FRAKIDEX

1 application, dans les deux yeux, pendant 2 semaines

20,80

50,20

PHARMACIE DES ECOLES  
rue CHEDDADI Khadija  
12, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél: 05 22 27 53 11  
Fax: 05 22 29 79 08



19، شارع الحسن الثاني الدار البيضاء (مقابل ورقة المدارس) - الهاتف : 0522.49.12.91/05.22 27.50.45  
19, Avenue Hassan II - 3ème étage - Casablanca ( Face Librairie des écoles) - Tél : 0522.27.50.45 / 0522.49.12.91  
Fax : 05.22.27.44.88 / الفاكس : E-mail : m.asrarguis@hotmail.fr