

## 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       Optique       Autres

Matricule : 535      Société : RAM

Actif       Retraité(e)       Autre :

Nom & Prénom : BOUJELIC Sillali

Date de naissance : 20/02/1988

Adresse : 6072 Nour R. 028 N° 8 Hay Hassan Casa CP. 20230

Tél. :      Total des frais engagés :      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. I.A. ADDOHA Ophthalmologiste Gr.Res Addoha n° 1335

Date de consultation : 02 Nov 2019

Nom et prénom du malade : ABDELAFFIL Amina Age: 43

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 :      Le : / /

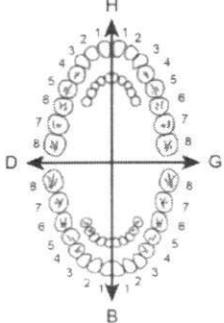
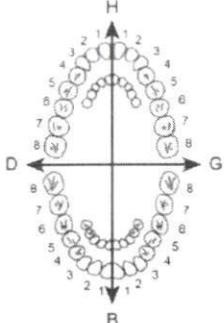
Signature de l'adhérent(e) :

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
27 Nov 2021			30000	INP : <b>DR. HAQIMaha</b> Dr. Opticien Ophthalmologiste Gr. Res Addoha Dar Essalam Tel: 05 22 91 13 38

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASMAA Dr Amina EL ALAOUI et Nour et M'hamed Massam RESIDENCE TÉL: 05 22 93 05 41	02-11-20	144,10

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

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.						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	<b>SOINS DENTAIRES</b> Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
			<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

**Dr: IRAQI Maha**  
Ophtalmologiste

- Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
- Diplôme de Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification à l'Université de Toulouse.
- Diplômé de Neuro-ophtalmologie et Diplômé de l'Oeil et Médecine Interne
- Diplôme de Contactologie à l'Université de Bordeaux



الدكتورة عراقى مها  
اختصاصية في طب  
و جراحة العيون  
طبيبة دارمية سابقا بالمركز  
الاستشفاء ابن رشد

Casablanca, le 02 novembre 2020

**Mme ABDELAFDIL AMINA**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL : OD = Plan

OG = Plan (- 1.25 à 120°)

VP : ODG = Add : + 2.50

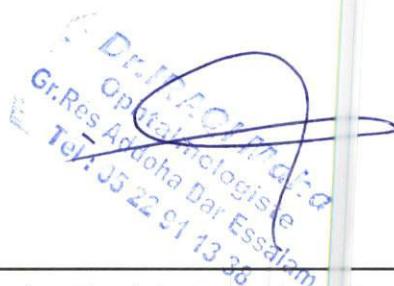
144.10  
1/ VISMED COLLYRE



1 goutte 4 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux



PHARMA  
Dr Abdessalam  
Lot Nowak  
El Aouam  
Casablanca



المجمع الكنى الصحي، دار السلام، شارع أم الربيع - طريق الرحمة، عمارة 44، شقة 8، حي الالفة

Groupe Résidentiel Addoha, Dar Essalam, Bd. Oum Rabii, Route Arrahma, Imm. 44 App. 8, Hay Oulfa, Casablanca - iraqimaha@yahoo.fr  
Tél.: 05 22 91 13 38 - GSM : 06 78 75 89 89