

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-582861

ND: 50971



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7598

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANBARI fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2441

Total des frais engagés :

1426, 10 DHS

Cadre réservé au Médecin

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, boulevard panoramique, californie,  
casablanca, maroc  
Tél. : 05 22 20 45 45 / 19/20  
05 22 22 78 18 / 05 15 15

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/11/2020

Nom et prénom du malade : M. ANBARI fatima Age : 7

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casab

Le 09/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/11/2022	CS		Gratuit	INP : 01035715 CHAHIB OPHICINE HONORAIRES 01 22 26 56 21

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU MARCHÉ N° 1 Place de la République 93180 SAINT-DENIS Tél: 01 48 61 12 00 Fax: 01 48 61 12 01	30/11/2020	1406,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

SOINS DENTAIRES	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"/>									
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
			<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <span style="float: right;"><b>G</b></span> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

ORDONNANCE

Casablanca le ..... 20/11/2022

M. ABDARI Fatima

49260 - Cosopt (Colly) (164.20x3)

1 flacon x 2 fl. pdt 3 min  
xalatan (Colly) (157.50x3)

44250  
1406,10  
Alphafan (Colly) (147.50x3)  
1 flacon x 2 fl. pdt 3 min

PHARMACIE  
PIUSSANCE PHARMA  
angle Place et Rue Sidi M'SAO  
Casablanca - Tel: 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
TP: 346472771 - 1F  
CNSS: 9318058 - 1F  
ICE: 00180672

DR. CHAHBI Mohammed  
Chirurgien ophtalmologue, californ  
544, Boulevard R. California, Casablanca, Maroc  
05 22 86 46 18 / 19 / 20  
Tel: 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
Fax: 05 22 86 46 18 / 19 / 20

Flacon Colly  
PPV. 147DH50

Flacon Colly  
PPV. 147DH50

PPV 164.20 DH  
EXP 06 2021  
LOT 5029887 1

LOT 5029887 2  
EXP 06 2021  
PPV 164.20 DH

LOT 5029887 2  
EXP 06 2021  
PPV 164.20 DH

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00