

## 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.
  - Le mandat après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

#### **Maladie et Affection: Les deux AIP et AIC**

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Adresses Mails utiles

  - Réclamation : contact@mupras.com
  - Prise en charge : pec@mupras.com
  - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

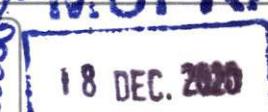
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



## Déclaration de Maladie

Nº W19-521834

52120

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10140</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Rabia</u>
Nom & Prénom : <u>Moslih</u>			
Date de naissance : <u>23. 11. 64</u>			
Adresse : <u>12a Rue Mimouza, Béchar</u>			
Tél. : <u>0672609398</u>	Total des frais engagés : <u>0.00</u>		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 			
Date de consultation : <u>11/12/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Moslih RABIA</u>			
Age: <u>56</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : <u>congénital</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>maladie</u>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atlas médecins conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Paris

Signature de l'adhérent(e) :.....

Le : 11/12/2020

# 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
12/20	3	2000	40000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/20	5280

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

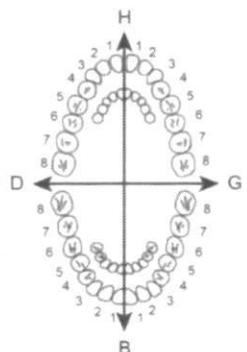
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

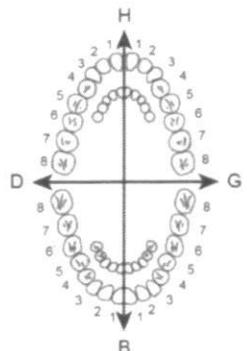
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Mille Pour Cent Optométriste & Opticien N°425 Centre - Ville Bd. Anglais - Casablanca -	11/11/2020					40000,00

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعصيم مليكة

طبيبة العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

اللايزر.....

Casa le : 11 Décembre 2020

Mme MOSLIH Rabia

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 0.50

OG = + 0.75

VP :

ODG = Add : + 2.50

26/12

1/ TOBREX: COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour, les deux yeux, 8 jours

52,80

2/ STERDEX: pde

1 application / jour, le soir au coucher, les deux yeux

PHARMACIE AL WARDI  
67, Rue des Rosiers  
Masjid Al Younouf - Béchar  
Tél: 0522 55 84 30 - Casablanca  
Télé: 34 808 12 90

Optique Mille Pour Cent  
Optométriste & Opticien  
N°425 Centre - Ville Bd. Anglais  
- Casablanca -

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11

**STERDEX pommade ophtalmique**

Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg

PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Enreg. MA : n° 107/14 DMP/21/NRQ

107/14 DMP/21/NRQ

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

21962

LOT 180130

EXP 01/2021

PT/100 mg

26,40

Soyez prudent

Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice

  
NIVEAU 1  
TÖBREX 0,3 %  
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance



Opticien - Optométriste

Facture :

0002935

Date : 11/12/2020

Mr : HOSLIH DABIA

Docteur : DABIA Bouksam

Type des Verres : Progressif coloré  
anti-reflet bleu

Monture : OPTIQUE 1000

\* Vision de Loin :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph +0,70 1500

OG Axe ..... Cyl ..... Sph +0,70 1500

\* Vision de Prés :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph 1

OG Axe ..... Cyl ..... Sph 1

Add : +2,50

Montant : 4000

Optique Mille pour Cent  
Optométriste & Opticien  
N°425 Centre - Ville Bd. Anglais  
Casablanca

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C: 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211 - INP : 91023705