

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>15536</b>			
Matricule : <b>24418</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MENI, KHALID</b>			
Date de naissance <b>04/06/1972</b>			
Adresse : <b>CASA FLORIAN TOWN VILLA 40 TRK 1</b>			
Tél. <b>0661.060961</b> Total des frais engagés : ..... Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : ..... / ..... / .....			
Nom et prénom du malade : ..... Age: .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>MUPRAS</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>NO JAN 2020</b>			
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) : 

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412	21433552	
D			00000000	00000000	G
			00000000	00000000	
			35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-376242	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-376242

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9418-
Nom & Prénom MENNI KHALID		
Fonction CDP	Phones 0661060961	
Mail Khmenni@RoyalairMaroc.com		
MEDECIN	Prénom du patient M ENNI Khalil	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age	Date 26/12/19	
Nature de la maladie affets oculou		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances Dr. Abderrahmane RAÏSS Spécialiste en Ophtalmologie 15, Rue Cadillass Maârif - Casablanca Tél: 0522 98 41 66 / 26 Fax: 0522 99 01 84		
PHARMACIE	Date 26/12/19	
Montant de la facture # 84,60 #		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM IV



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

## Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,  
Presbytie ( Laser - Implant )

الدكتور الرئيس عبد الرحمن  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

jeudi 26 décembre 2019

Casablanca, le .....

*MENNI Khalid*

ZENITH Pharma  
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ  
PPV : 24,60 DH

## FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine.Dexaméthas)

S.V

1 GOUTTE 5 fois/j dans l'œil droit pendant 5 jours, puis 3 fois par jour pendant 3 jours

RIMA PHARMA  
PVC : 60,00

## OXYAL Collyre(Hyaluronate de Na 0,15%)fl

S.V

1 GOUTTE, 4 fois par jour dans les deux yeux pendant 1 mois

*Total - 84,60*

PHARMACIE DU MAROC  
15, Rue Kadi lass



15, Rue Kadi lass - Maârif - 20100 CASABLANCA - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84

E-mail : draiss@ ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com

Prise rendez-vous par E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056