

## 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.

N° W19-517594

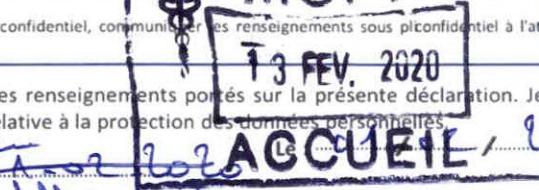
WB ~ 81128

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1385	Société :	RETRAITE (RAM)
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : LA AZIZI LAHCEN			
Date de naissance : 1-1-1954			
Adresse : 14 Rue Ain Idbi Hay Hassani Hay ESSALAH Casablanca			
Tél. : 0614873674	Total des frais engagés : 349.86 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
FSR EL ALAOUI Bahija OPHTHALMOLOGUE 105, Bd. Afghanistan Hay Hassani Casablanca Tél. 05 22 93 32 66			
Date de consultation :	31/01/2020	Age :	66
Nom et prénom du malade : LA AZIZI LAHCEN			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) : 13 FEV. 2020 ACCUEIL 16/20

**MUPRAS**



#### **RELEVÉ 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
31-01-2020	U		300,00	<p style="text-align: right;">INP : 0911237609</p> <p style="text-align: right;">Date : 05/02/2020</p> <p style="text-align: right;">Signature : Dr HASSAN</p> <p style="text-align: right;">Téléphone : 05 22 93 32 66</p> <p style="text-align: right;">Médecin : Dr HASSAN</p> <p style="text-align: right;">Pratique : Dr HASSAN</p> <p style="text-align: right;">Bd. Afghanistan</p> <p style="text-align: right;">MOL GUE</p> <p style="text-align: right;">RAHFTA</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 INPI : 92041 BLOC 211 N°124 H.A. HESSEIN	31.01.22	49,86

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

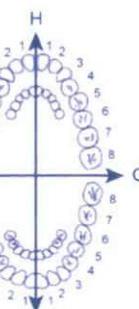
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	B			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Montpellier (France)  
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie  
Laser -OCT - Strabisme - Lentilles de Contact  
Medecin agréée :  
Permis de conduire



الدكتورة العلوى بن هاشم بهيجة

خريجة كلية الطب بمونبليي (فرنسا)  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أشعة لازير  
طبية معتمدة ،  
رخصة السياقة

Casablanca, le:

31.01.2020

الدار البيضاء، المغرب

CELESTENE 4 mg

45.80

- Celestene 4 mg

S.V

2.00x2

2x2 ml

- 2 ml rings à insérer

AS

SP

DR EL ALAOUI Bahija  
OPHTALMOLOGUE  
105, Bd Afghanistan  
Hay Hassani Casablanca  
Tel: 0522 93 32 66



49.80

Barcode  
611 800115 008 3  
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp. Inj.  
P.P.V. : 45.80 DH  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 138 Bouskoura