

# 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.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-425471

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2111	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Ret
Nom & Prénom : 242 RES Ahmed			
Date de naissance : 13.11.1951			
Adresse : 500 HAJ FAKH. CASABLANCA			
Tél. : 06 68 73 66 04	05 22 90 47 39	Total des frais engagés : 184,48 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
<b>Dr. Med. HAMDANI</b> <b>OPHTALMOLOGISTE</b> 24, Rue Imane Alloussi - Bourguiba - Casablanca Tel : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77	
Cachet du médecin :	25 FEV. 2020
Date de consultation :	28/01/2020
Nom et prénom du malade :	Age : 65 ans
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Appel de
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 : 28/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/02/2020

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
28/10/2020	S		CRAT M 926071886
			DR. TAHRI 05/2021
			DR. TAHRI 05/2021

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAJ FATEH Lissasla - Tel: 05.22.83.79.26	28/10/2020	T = 154,45 DH ICE: 000489360000038

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE HAJ FATEH Lissasla - Tel: 05.22.83.79.26			
M. TAHRI JOUTEI			

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض و جراحة العيون للأطفال و الكبار  
طبيب داخلي سابق  
بمستشفيات باريس

DATE : 6/28/11 2020

NOM & PRENOM : Lezraq Ahmed

## 1-TOBRADEX (COLLYRE)

1gtte x 4/j pendant 7 jours  
1gtte x 3/j pendant 7 jours  
1gtte x 2/j pendant 7 jours  
1gtte /j pendant 7 jours

## 2-MYDRIATICUM

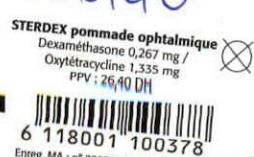
1gtte le soir HAMANI

OPHTHALMOLOGISTE

3-STERIDEX (Casablanca) (aux iodopédi)

Tapp x 2/j pendant 3 jours

Puis 1 appl/j/7j le soir



ZENITH Pharma  
PPC : 35,95 DH

## 4-SERUM PHYSIOLOGIQUE (5ml)

Lavage oculaire le matin

32,10

## 5- COMPRESSES ADHESIVES



T = 154,45 DH

