

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

## adiologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° S19-0002323

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) **21/02/14**

Matricule : **02.11.257**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BEN SOLTANA Rachid.** Date de naissance : **29/11/1979**

Adresse : **11.10.10.10**

Tél. : **06.67.59.01.32** Total des frais engagés : **702.** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Professeur Diaa LAHIL**

Spécialiste Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
62, Bd. Mouad Benou Jabbal - 2ème Etage  
Sidi Bernoussi Casablanca-Tel. : 0522 750 750

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04/02/2014**

Nom et prénom du malade : **BEN SOLTANA Rachid.**

Lien de parenté :

Lumière

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Af**

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 : **Le 06/02/2014**

Signature de l'adhérent(e) : **S**

Le : **06.10.3.1.2014**

## 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
04/10/2010	Contrôle	1	1000	 <b>Docteur Diaa LARIBI</b> Specialiste Ophthalmologie Adulte et Pédiatrique Dr. Atouad Bnou Jabal - 2 <sup>me</sup> Etage B.P. 1025, Casablanca-Tel. 0522 750 750

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/02/2020	 INPE 092053263

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
D	
B	

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Diaa LAHBIL

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE ADULTE ET PEDIATRIQUE

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine de Nantes - France

Chirurgie de la cataracte par phaco

DIU Chirurgie refractive

Chirurgie du glaucome

AFS Strabologie

Angiographie -Laser - DIU Contactologie



# اللُّسْتَادَةُ ضِيَاءُ الْهَبْل

أخصائية في طب وجراحة العيون للكبار والأطفال

أستاذة مبكرة بكلية الطب بالدار البيضاء

خر荠ة كلية الطب ببنان - فرنسا

جراحة الجلالة بالليزر

جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة ارتفاع الضغط

جراحة الحول

تصوير الشبكية - الليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, le ..... 04 Février 2020 ..... الدار البيضاء

## Mr. BEN SOLTANA RACHID

3 x 234 DH

GANFORT: COLLYRE

1 goutte par jour le soir , les deux yeux, 3 Mois



= 702 DH



Professeur Diaa LAHBIL

Spécialiste Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
62, Bd. Mouad Bnou Jabal - 2<sup>ème</sup> Etage  
Casablanca-Tél. : 0522 750 750

62. شارع معاد بوجبل - الطابق الثاني - سيدى البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 750 750  
62, Bd. Mouad Bnou Jabal - 2<sup>ème</sup> Etage - Sidi Bernoussi - Casablanca - Tél : 0522 750 750

Urgences : 06 61 23 41 06 - E-mail : dlahbil@gmail.com

**GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



6118001251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Medicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

**GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



6118001251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV : 234DH00

Medicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

**GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml**

Collyre en solution Flacon de 3ml



6118001251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV : 234DH00

Medicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ