

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## 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.

## ntaire :

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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008575

61781

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : IBRAHIMI Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 47 Mustapha EL Moulouj

60000 Casablanca

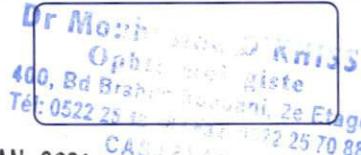
Tél. : 06 61 24 13 40

Total des frais engagés : 300 Dhs

523,70

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 JAN. 2021

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI MOHAMED Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Oculaire

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 : MCA

Le : 13 MARS 2021

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
28 JAN. 2021	02		300/100 DHS	DR. MOHAMED KHISY Opérateur: Dr. Khisy, 29 Etage Bd Brahmi, 1000 Casablanca Tél: 0522254848 Fax: 0522254848

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

**Ophthalmologiste**

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخيسى محسن**

**طب العيون**

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

1/2

Casablanca, le 28/01/2011

Ibrahim Dakhousi

NovoNorm®  
1mg  
90 comprimés  
PPV: 177 DH 50

LOT 201452  
EXP 11/2025  
PPV 45.20DH

1) Neurofrot cell  
at 11 le 2011

2) A sonja cell  
at 11/2011

3) At phagoc cell  
at 11/2011

4) Thiodox cell  
at 11/2011

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophthalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, 2E Etage  
CASABLANCA  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél: 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88  
0522.25.70.88 / 0522.25.48.88 400  
شارع ابراهيم الروانى - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.25.48.88

5) Placenta cell  
- ~~gNelij~~ 082  
→ ~~8111~~

2/2

6) Non Dose cell  
- ~~gHx31~~ 082  
→ 1m

7) ~~Pythom from Long~~  
~~occlusion~~  
~~Dr. Mouhssine EL KHISY~~  
~~00, Bd Brahim Goudaoui, 2<sup>e</sup> Etage~~  
~~tel: 0522 25 48 68 / Fax: 0522 25 70 89~~  
~~SPNCA~~



PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page 1

## FACTURE

MLD

Client :

N° FACTURE : 782744  
Date : 02/03/2021

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
NOVONORM 1 MG / 90 CPS	1	177.50	177.50
GLUCOPHAGE 850 MG 90 CPS	1	45.20	45.20

26, Bd Brahim Roudani Vers Mme Lebbar Khadija  
Mme Lebbar Khadija Vers Mme Youssef  
Marrakech 05 22 27 17 74  
Tél : 05 22 27 17 74

PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

T = 222,70