

# 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.

## **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.

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

6332

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0011313**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1336 Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : B. OULAL AL AFIFI Date de naissance : 01/08/29

Adresse : 05 Rue de la poste casablanca Tél. : 05 22 23 99 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2021

Nom et prénom du malade : BOUZAL Alifa 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 : \_\_\_\_\_ Le : 15/03/2021

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10.03.2021      |                   |                       | 300,-                           | Dr. Mohamad A. Anouar OPHTALMOLOGIST<br>Bd. Anouar 18 - Casablanca<br>étage, fl. 18 - C. 28-29<br>T. 0528 20 6555 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 10/03/21 | 118,60                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## 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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                               | Nature des Soins                      | Coefficient |                         |
|------------------------------|--|---------------------------------------|-------------|-------------------------|
|                              |  |                                       |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |  |                                       |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |  |                                       |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |  |                                       |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                                       |             |                         |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411        | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |  |                                       |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |  |                                       |             | DATE DU DEVIS           |
|                              |  |                                       |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre des maladies & Chirurgie des yeux



# مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou  
Ophthalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophthalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلاة بالليزر  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية  
الليزر متعدد الإشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

10/03/2021

Casablanca le, .....

BOULAL Afifa

FRAKIDEX COLLYRE (Framycétine.Dexaméthas)

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

Xailin HA

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

OPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

FRAKIDEX  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV 24.80 DHS  
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

لبيان  
FAB/ EXP

