

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009205

Maladie  Dentaire  Optique **67622**  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7140 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : M. DAHAN Rkia

Date de naissance : 30-01-60

Adresse : Ville N°5 Rue Sad AL Wahda Regard BERRECHID

Tél. : 0662447819 Total des frais engagés : 480 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 MAR 2021

Nom et prénom du malade : DAHAN Rkia Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection de la Paire

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 : BERRECHID Le : 12/04/21

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.

### 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

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

**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
03 MAR 2021	2		300,00	 DR. LEITH HASSANI OPHTHÉMOLOGISTE Rue Okba benou Nafii Barrachid Tél. 05 22 32 48 47

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DR. IMANE ZINEB Pharmacie le Grand Boulevard Lot 345 Les Nasrallah - Berrechid Tél: 05 22 03 59 59 INPE: 062105036	02-03-21	181,00

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

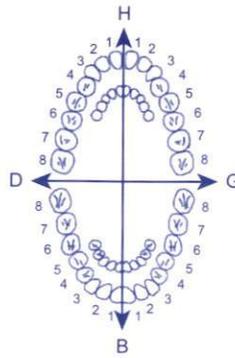
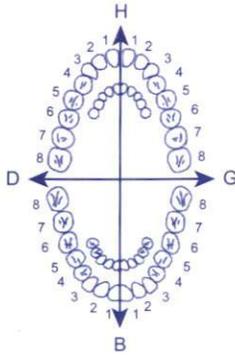
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطابق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....  
**02/03/2021**

**Mme DAHAN Rkia**

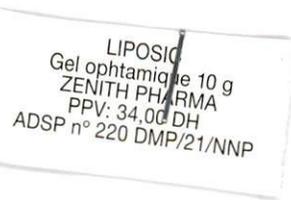
34,00  
1/ LIPOSIC GEL CL



147,00  
1 goutte x 3/j, les deux yeux

2/ THEALOSE:COLLYRE

1 goutte 3fois/jr , les deux yeux



181,00

DR. IMANE ZINEB  
Sole praticienne  
Lor 315 Lot  
Tél: 05 22 32 48 47  
Rue Hassan II - Berrechid  
062105036

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSAN  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél: 0522 32 48 47