

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Souscriptions 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)

82566

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000178

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2093 Société : R.A.D.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Boudjaj Mimouna Date de naissance :

Adresse : EP. SULTANE

Tél. : ..... Total des frais engagés : 100 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

##### Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/08/2021

Nom et prénom du malade : Boudjaj Mimouna, Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sécheresse 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 16/08/21

### 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
16/08/2011	CUS		210,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/2011	120,-

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 bil

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

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
B 8 7 6 5 4 3 2 1	

**[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



## Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
  - Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
  - Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الخلاة - المول - مساك الدموع

ـ داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - اللازم:

تصحیح البصیر لازک

16/08/2021

## Casablanca, le :

BOUDJAJ Mimouna

23.60

#### - OPTIPRED COLLYRE fl

VR2762C10MAR/0919



A standard linear barcode representing the number 3 662042 003295.

**Distribué au Maroc par :**  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

۱۴۸۱۰

#### - THEALOSE COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour en moyenne, et à la demande en cas de gêne, ou avant toute fixation visuelle prolongée, PDT 3 mois

120-



19 D.M.  
V.A.H.D.Y  
Angle Bid. Abdellah N° 217  
2eme Etage 14 18 - G.  
Sous 2eme étage  
Abdellah N° 217  
Angle Bid. Abdellah N° 217  
2eme Etage 14 18 - G.  
Sous 2eme étage

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88  
GSM : 06 44 05 49 05  
E-mail : adilwahidv28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن

٢١١ - شارع عبد المنعم طهانة الثانى - برج العرب

جامعة الحسين

لاراچ ۱۰۷-۳-۲۰۲۰-۰۰۵

لہاف: 188 / 05 22 86 14 18

للهاتف اعمول : 06 44 05 49 05