

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

## **Informations 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.

## **Education :**

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

 Maladie Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **483** Société : **MUPRAS RAM** Actif  Pensionné(e)  Autre :Nom & Prénom : **BEN SOUNA MOHAMED**Date de naissance : **01-01-1940**Adresse : **Lotissement TADAMOUNE (CHERAM) RUE 2 - IM. 75**

N° 5 - AL OULFA CASABLANCA

Tél. : **05-22-89-50-77** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : **02/03/2003**Nom et prénom du malade : **SOUINA MOHAMED** Age :Lien de parenté :  Lui-même  Copain  EnfantNature de la maladie : **A JIFRA**

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** Le : ..... / ..... / .....Signature de l'adhérent(e) : **Ben Souna**


## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
02-02-2022			5	DOCTEUR IRADOU MATHA OPHTHALMOLOGISTE DOSSIER N° 1234567890

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAIB Zakaria El Azzam Rue 679, El Azzam Tunis - 1652 Tel: 09-22-91-16-52	02/03/2022	159.20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

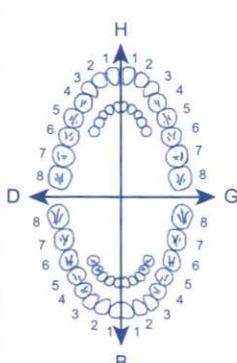
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

Digitized by srujanika@gmail.com

**Dr. IRAQI Maha**  
Ophtalmologiste

- Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
- Diplôme de Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification à l'Université de Toulouse.
- Diplômé de Neuro-ophtalmologie et Diplômé de l'Oeil et Médecine Interne
- Diplôme de Contactologie à l'Université de Bordeaux



الدكتورة عراقى مها  
اختصاصية في طب  
و جراحة العيون  
طبيبة داخلية سابقا بالمركز  
الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, 02 mars 2020

HER MEDIC  
PPC  
83.00 DHS

83.00

**Mr. BENSOUNA Mohamed**

**1/ PHYLARM**

Lavage oculaire fréquent, dans les deux yeux

3.7

**2/ AZYTER. COLLYRE**

1 goutte 2 fois par jour. pendant 3 jours, dans les deux yeux

7.6.23

7.5.9.20

PHARMACIE SAIB  
Zakaria SAIIB  
Boulevard du 20 Novembre  
Casablanca - Tel: 95 22 91 16 54

Azyter 15 mg/g  
Collyre B/6 récipients uniques

PPV : 76,20 DH

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Dr. IRAQI  
Ophtalmologiste  
Gr.Res Addoha Dar Essalam  
Tel: 05 22 91 13 38