

## 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.

### Radiologie 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

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-700627

Mo 21/06



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 333A

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DAKIR

Abdelmajid

Date de naissance : 05/06/60

Adresse : CASA

ab613B4420

Total des frais engagés :

403

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/03/2022

Nom et prénom du malade : KASSOU SOUAD

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CORNECLINIQUE + VP maladie

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 : CASA

Le : 29/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

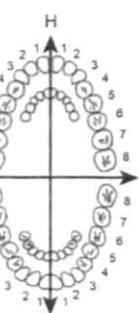
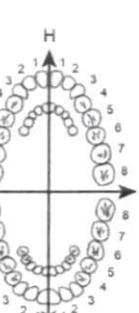


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/03/2016 03/04/2016 20/04/2016	5		250000	INP : 091163167 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RESIDENCE GDE RERAO Stham Gde Rerao Doseur de Pharmacie 4, Résidence Gde Rerao Residence Gde Rerao	22/03/2023	155,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>	
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>	
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>	
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B				
	COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>
	DATE DU DEVIS				<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# Dr. Malika BOUKSIM

## OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعسیم مليکة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمراض فوق الصوتية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر....

Casa le : 22 Mars 2022

Mme KASSOU Souad



75,00  
1/ LEVOPHTA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

80,00  
2/ NAVITAE PLUS COLLYRE

1 goutte 3 à 4 fois / jour, les deux yeux, 1 Mois



PHARMACIE RESIDENCE ENNAIM  
Sidi Benn Cdt Firdaus Imm. Oulfa  
Residence Al Firdaus Imm. Oulfa  
Tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

5ème étage  
Société d'Investissement  
Bd. Oum Rabia  
Firdaya  
Oulfa - Casablanca

T: 155,00