

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-677537

110697



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 0750

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIMI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : 47 HUSSEIN EL MANSOURI -

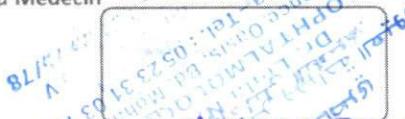
Localisation : Casablanca -

Téléphone : 066 124 1340 - Total des frais engagés : 61250 Dhs

522 29767 -

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

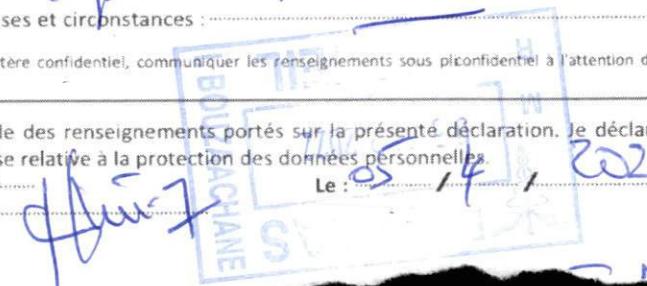
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca, le 05/06/2018

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ROUDANI</b> Mme LEBBAR Khodja Ep. MIKOU 26, Bd Brahim Roudani Vers Mly. Youssef Maârif - Casablanca Tél. 0522 22886 0527 12244	29/03/22	 <b>PHARMACIE ROUDANI</b> Mme LEBBAR Khodja Ep. MIKOU 26, Bd Brahim Roudani Vers Mly. Youssef Maârif - Casablanca Tél. 0522 22886 0527 12244

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>										
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>										
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>										
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>										
<b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b> 														
<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>					25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse														
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>										
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>										
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

# الدكتورة ليلى الناصري

Dr. Leila Naciri

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Ancienne interne à l'institut  
du Glaucome à Paris



اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
طبيبة سابقة بمعهد داء الزرق  
باريس

Spécialiste du glaucome  
Chirurgie de la cataracte  
Rétine médicale : DMLA, diabète, uveite  
Pathologie générale et pédiatrique

291-3122

مركز علاج داء الزرق  
Centre du glaucome

VR2762CLOMAR/0919



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

Rétinographie numérisation

Gonioscopie

Pachymétrie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECP

Chirurgies des glaumes

Angiographie numérisée

Echographie A et B

Microscopie spéculaire

① Dexofree collyre

1 pte x 25 pte

89,60 پoser au flacon collyre

1 pte x 25 pte 60

(147,00 x 2) = 147,00

② Icloxan collyre 0,05

45,90 1 pte x 2-31.

③ Icloxan collyre

147,00 1 pte x 2-31.

147,00 1 pte x 2-31.

147,00 1 pte x 2-31.

إقامة الولفيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd Mohammed V - Mohammedia. Tél. : 05 23 31 03 75 / 78

E-mail : dr.leila.naciri@gmail.com - Urgences : 05 23 32 90 02 / 03

