

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2623

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AJJANI DRISS

Date de naissance : 05/01/1957

Adresse : 42 AVENUE IBN KHATIB npt 2 V/H

FES

Tél. 06 65 10 67 03 Total des frais engagés : 421,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2022

Nom et prénom du malade : BOU BLAH YOUSRA Age : 47 ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie / cc. Allergie

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 : FES

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/06/2022

## 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
21/06/22		c	250 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **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
		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.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow at the top points upwards, and a horizontal arrow on the left points to the left. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with the upper arch showing a slight curve and the lower arch being more straight.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENNANI AHMED



Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd  
Casablanca

Ex - Ophtalmologiste au CHP au Secteur Privé  
d'Al Hoceima

Membre de la société Française  
d'Ophtalmologie

- Chirurgie - Laser - Topographie

- Angiographie / OCT

IPNE : 151005154

Mle: 2623

الدكتور بناني أحمد

أخصائي أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى محمد الخامس وبالقطاع الخاص  
بالحسيمة

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

- الجراحة - العلاج بالليزر

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- طبوغرافي القرنية

## ORDONNANCE

Fès, 02 juin 2022

Mme BOULBLAH YOUSRA

OCUSERUM

59,90

1 lavage 2 fois / jour x 15 jours

TOBRADEX: COLLYRE 35,70

1 goutte 2 fois par jour x15j

CORNEREGEL

2 fois par jour x1 mois

76,70

76,70

76,70

76,70

76,70

76,70

76,70

76,70

76,70

76,70

76,70

76,70

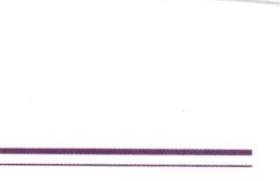
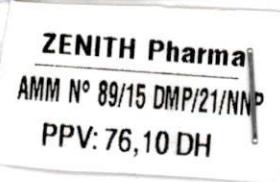
76,70

76,70

76,70

76,70

76,70



64، شارع السلاوي، مكاتب النخيل، رقم 14، الطابق الثاني، فاس

64, Bd Slaoui, Bureaux Palmiers, N° 14, 2ème Etage, Fès

Tél : 05 35 94 18 34 - 0612 12 84 40 - Urgences : 0663 65 31 74

E-mail : abennanioph@hotmail.com