

# 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 :	0716	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BOUIMECHKA Kabbour	
Date de naissance :		20 OCT 1948	
Adresse :		167 C.I.N.A N° 207 - SIDI MAAROUF Casablanca	
Tél. :		06.61.21.7118	Total des frais engagés : 754,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

<i>DR. ESSALIME Keltima</i>		146, Bd Jules Verne App 1 Salma 2 Cessa - Tel. 0522/50055
<i>Ophthalmologue</i>		
<i>Beoumechka Kabbour</i>		Age : 73 ans
<i>affection oculaire</i>		
Cachet du médecin :		Date de consultation : 26/09/2022
Lien de parenté :		<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 08/10/2022

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
26/09/2022	CS	250.00		<i>[Handwritten signature over a blue stamp reading "DENTISTE DESSALINE KADY"]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Red circular stamp: Pharmacie de TÉLÉCOM, TÉLÉCOM 0522 98 64 88]</i>	26/09/22	504.00

### 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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



الدكتورة السالمي كريمة  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجاللة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أو عية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

26 septembre 2022

Mr. BOUMECHKA Kabbour

148.70 X 2

TRAVATAN: COLLYRE [Qte : 2]



1 goutte par jour, le soir à 21h, dans les deux yeux

150.00

HYLOCOMOD: COLLYRE [Qte : 1]



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

22.60

FLUCON COLLYRE (A NE PAS RENOUVELLER)



1 goutte 2 fois par jours pdt 07 jours

1 goutte le soir pdt 07 jours, dans les deux yeux

34.00

LIPOSIC GEL



1 goutte le soir , dans les deux yeux

80.40



