

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1209 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DERKAOUI MAHK

Date de naissance : 07/07/65

Adresse :

Tél. 0607 16 87 76 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/11/2012

Nom et prénom du malade : DERKAOUI MAHK Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : CSE ophtalmologique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

JD

## **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
08.11.22	C.S		300	INP - Centre d'Orthopédie Bir Anzarane Dr. Houda KHLIFI Spécialiste des Maladies de Chirurgie des Vieux 16, Bd Bir Anzarane Fter Etéane Ann N° 27, Sétif TÉL : 052 22 25 26 20

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/10/28	108,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D ————— G</p> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>			25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
25533412		21433552														
00000000		00000000														
00000000		00000000														
35533411		11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE

الدكتورة هدى خليفى

Casablanca le

08 / 11 / 22

الدار البيضاء في:

Derklaoui Malika



LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

لارماك  
54,10x2

دو

1 étage, 2 ème

6 n° 3

108,20

STE PHARMACIE HAMZA  
Lotte 1 Casablanca  
N° 3 Rue 6 N° 3 Lot 44  
Casablanca - Tél: 0322391028

Centre d'Ophtalmologie Bir Anzarane  
Dr. Houda KHLIFI  
Spécialiste des Maladies de l'Œil et Clinique des Yeux  
Bir Anzarane 1er étage - 052223792620  
Tél: 052223792620