

# 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 : **2951**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RAZZAQ Ahmed**

Date de naissance : **15/02/1955**

Adresse : **EL OMARIA Rue 42 n° 170 CASABLANCA HADDOUKINE**

Tél. : **06.61887693**

Total des frais engagés : **344** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **30.11.2022**

Nom et prénom du malade : **RAZZAQ Ahmed** Age : **67**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Diabète sucre**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie

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 : **CMYA**

Le : **28 DEC 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
30.11.2022	G C2	300		BADA HOU OPTALMOLOGISTE BO TAH CASABLANCA INPE 061179347

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30 ATM 2022	1461.00

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

  

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
	<p style="text-align: center;"><b>DETERRMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						
		H	G																			
		25533412	21433552																			
		00000000	00000000																			
		D	B																			
		00000000	00000000																			
		35533411	11433553																			
		(Création, remont, adjonction)																				
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
		MONTANTS DES SOINS																				
		DATE DU DEVIS																				
		DATE DE L'EXECUTION																				

**Dr. Houda BADA**

Chirurgienne Ophtalmologiste



**الدكتورة هدى بادة**

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

DIU de cornée de la faculté de médecine de Pierre et Marie Curie de Paris

Diu de Chirurgie réfractive et de Phacoémulsification de la faculté de médecine de Bordeaux

DIU de contactologie de la faculté de médecine de Bordeaux

DIU de chirurgie vitréo rétinienne de la faculté de médecine de Dijon

دبلوم جامعي في جراحة القرنية كلية الطب بباريس

دبلوم جامعي في الجراحة الانكسارية كلية الطب بوردو

دبلوم جامعي في العدسات اللاصقة كلية الطب بوردو

دبلوم جامعي في أمراض الشبكية كلية الطب بيجون

Casablanca, le : 30/11/2022

Nom :

Dr RAZZAF Ahmed

79,00

1 - Navi - infla



dc 15



65,00

2 - oxyal

dc 15

**DR BADA HOUAD**  
OPHTALMOLOGISTE  
340 BD TAH CASABLANCA  
INPE 061179347



Fixe : 05 22 52 08 94 / RDV Whatsapp 07 70 44 42 49 / Urgences ( whatsapp ) 06 71 44 57 88

📍 340 Bd Tah 1er étage appartement 2 Casablanca