

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-618558

143551

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 05787

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUALMAATI Halima

Date de naissance :

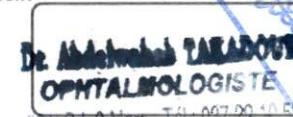
06/11/1957

Adresse :

738 - lot - Al Anssan -  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12 DEC 2022

Nom et prénom du malade :

OUALMAATI HALIMA Age : 65

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 :

Le : 12/12/2022

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  |
| 17.2 DEC 2022                  |                   | 1                     | 250,-                           | INP : 05M32888<br>Dr. MOHAMMED TAKADOUR<br>Dr. MOHAMMED TAKADOUR<br>OPHTHALMOLOGISTE<br>TEL: 079 40 40 55<br>MOBILE: 079 40 40 55 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

| 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><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.  |  |   |                                     |  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  | <b>Dents Traitées</b><br>(List of teeth treated) | <b>Nature des Soins</b><br>(Nature of treatments) | <b>Coefficient</b><br>(Coefficient) | INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
|  |  |   |                                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
|  |  |   |                                     | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
|  |  |   |                                     | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
|  |  |   |                                     | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
|  |  |   |                                     | <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b><br>   |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
|  |  |   |                                     | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table> |          |          |  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B |  |  | G | 00000000 | 11433553 | 35533411 |  |  |
|  |  |   |                                     | H  | 25533412 | 21433552 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
|  |  |   |                                     | D  | 00000000 | 00000000 |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
|  |  |   |                                     | B  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
| G  | 00000000   | 11433553  |                                     |  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
| 35533411   |  |   |                                     |  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |  |   |                                     |  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |
| DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/><br>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |  |   |                                     |  |          |          |  |  |   |          |          |   |          |          |   |  |  |   |          |          |          |  |  |

**Dr. Abdelwahab TAKADOUM**

## OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Titulaire du C.E.S.  
de la Faculté de Médecine de PARIS  
Ex. Attaché Assistant aux Hôpitaux de Paris

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

## LASER-ANGIOGRAPHIE

## LENTELLS DE CONTACT

## Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور عبد الوهاب تقدوم

## اختصاصي في طب العيون

# حائز على شهادة الدراسات العليا من كلية الطب بباريز طب ملحق بمستشفيات باريز سابقا

## أمراض وجراحة العيون

## العلاج بأشعة الليزر

## العدسات اللاصقة

## خبر محلف لدى المحاكم

CASABLANCA, LE : 112 DEC 2022

POSSUMAGA KURUKA

Debby Decker

Vitadelp. 24

144 x 36 x 2

~~Dr. Abdelwahab TAKADOUR  
OPHTHALMOLOGISTE  
304, Bd. 2 NOV 3 TH : 027 29 10 56~~

304، شارع 2 مارس الطابق الأول (قرب مسجد السنة)، فوق التجاري وفا بنك  
304, Bd. 2 Mars 1<sup>er</sup> étage (près de la Mosquée Essounna), Au dessus de Attijari Wafa bank  
الهاتف : Tél.: 05 22 82 93 96 / 05 27 29 10 55