

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0031452

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6218 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENTAHILA HAKIM

Date de naissance : 20/01/61

Adresse : 25 RES. ENNAJD APR 265 AV STANDHAZ

CASA BLANCA

Tél : 0661181663 Total des frais engagés : 602,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : BENTAHILA HAKIM Age: 61 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Ocularie CDT

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 : CASABLANCA Le : 21/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## 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
02/01/2023	OS	1	400,00	Docteur <u>YOUSSEF</u> Ophithérapeute - Mme. Fst 82, Rue Sidi El Hidjaz - 3ème étage Casablanca - Maroc - 05 22 25 83 70 Téléphone : 05 22 25 83 70 Fax : 05 22 25 83 70 Email : <u>YOUSSEF.1993@GMAIL.COM</u>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACTUAPLUS Dr. Slimane Slimane 100, Avenue de la Gare, 13000 Marseille Tél: 04 91 51 51 51 - Fax: 04 91 51 51 52 SIREN: 425 09 2001452	22/01/23	202.10

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-8), upper left (1-8), lower right (1-8), and lower left (1-8). A vertical H-axis points upwards, a horizontal D-G axis points to the left, and a vertical B-axis points downwards. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown with a central gap.

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur CHELLY Chafik

## Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille  
 Chirurgie de la Cataracte - Strabisme  
 Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône  
 Toutes explorations ophtalmologiques

# الدكتور الشلي شفيق

## أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا  
 جراحة المياه البيضاء - المول  
 القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنية المخروطية  
 جمع فحوصات العين

2 janvier 2023



18.00

S.V

### - INDOCOLLYRE 0.1 % COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

144.10

### - VISMED MULTI COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

S.V

202.10



82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II  
 Immeuble Fiat & Jeep - 2ème étage - Palmiers - Casablanca  
 (05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84  
 Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

82, زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2  
 عماره فيات & جيب - الطابق الثاني حي - النخيل الدار البيضاء  
 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70  
 مستجلات : 06 61.33.04.44