

# 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

- Reclamation : 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 : 5123 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FATHEDDINE chams

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : 03ablm Le : 06/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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 séductions.
- 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.

MUPRAS (Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-684728

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5123	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : FATHEDDINE chama veuve FAR HZ			
Date de naissance : 1946			
Adresse : Taroudant			
Tél. : 0662497026	Total des frais engagés : Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Abdellah BOUABDOUCH, Ophtalmologue			
N°204, Imm. Zaitoune M'haita Taroudant Tél. 05288571			
Date de consultation : 27 DEC. 2022			
Nom et prénom du malade : Fatheddine chama Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Claucomie + syndrome de			
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 : 1		
Signature de l'adhérent(e) :			

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-684728	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 5123	Nom de l'adhérent(e) : FATHEDDINE chama
Total des frais engagés : 7309,-	Date de dépôt :

#### **RELEVÉ 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
05/02/2022	ES		200 DA	INP : Dr. Abdellah Zaitouti Dr. Abdellah Zaitouti 1 <sup>er</sup> étage, 204, Imm. Zaitouti Téléphone : 0528 641 641

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINCIPALE Ave D Aout Kissidjat Tounsi N°364 TAROUDANT Ref: 05.28.85.13.12	27/12/2022	PHARMACIE PRINCIPALE AF 20 Aout KISIDJAT N°364 TAROUDANT Ref: 05.28.85.13.12

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
- Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	.....					.....	
	.....					.....	
	.....					.....	
	.....					.....	
	.....					.....	

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES**

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 cannelaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r l} 25533410 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abdelaziz BOUKABBOUCHA**

Ophtalmologiste

(maladies et chirurgie des yeux)

Ancien Médecin de l'Hôpital  
des Spécialités du CHU Ibnou Sina Rabat

Ancien Médecin Chef du Service  
d'Ophtalmologie CHP de Taroudant  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Brest France  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux France



**الدكتور عبد العزيز بوكبوشة**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا  
رئيس سابق لقسم أمراض العيون بالمركز  
الاستشفائي الإقليمي بtaroudant  
دبلوم كلية الطب برس تونس  
دبلوم كلية الطب بوردو فرنسا

Taroudant, le ..... 27 DEC. 2022

taroudant في .....  
041136417



Spme fothedeline choma

126,00 x 3  
378,00 M.

Cosopt

1 goutte à 8%

LOT W021680 2  
EXP - 03 2024  
PPV 126.10 DH

148,70 x 3  
149,00  
586,70

Trovatan A 2%  
1 goutte à 20%

LOT W014617 1  
EXP 12 2023  
PPV 126.10 DH

145,00 M.

Aquafilm 18 ml à 40% / 30%

Abdelaziz BOUKABBOUCHA



Ophtalmologue

N°204, Imm. Zaitoune M'haita

Taroudant - Tél: 052885207

ZENITH Pharma  
PPC : 145,00 DH

1109,50  
PHARMACIE PRINCIPALE

Av 20 Aout Kissariat Tounsi

N°364 TAROUDANT

Tel: 05.28.85.13.42

LOT U027227 1  
EXP 05 2023  
PPV 126.10 DH

06 13 15 32 22 - النقال : 05 28 85 20 30 - GSM : 06 13 15 32 22  
204, Imm Zetoune, M'haita - Taroudant - Tél : 05 28 85 20 30 - Email : boukabboucha@hotmail.com

