

# 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

**Déclaration de Maladie**  
M22- 0051253

159338

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 0777 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AMMOR Mohamed

Date de naissance : 30 Nov 1946

Adresse : 23 Rue Oulja de Beyrouth cas

Tél. : 0661340726 Total des frais engagés : 250 + PU 476 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2023

Nom et prénom du malade : Ammar Mohamed Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Conjunctivite Virale

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 : 1 MARS 2023 Le : 01/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
01/03/23	CS		250DH
07/03/23	CF		gratuit

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE RAIS Omar Rais de la Mer Baltique Casablanca</i>	01-03-2023	435.20

## 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Jihad Safaa  
Ophtalmologiste



Diplômée des universités de Tours - Casablanca  
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive) DPC London-uk  
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX. Paris  
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani



01 mars 2023

Mr. AMMOR Mohammed

22.4.0.

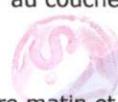
MAXIDROL: pde



1 application / jour le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 8 jours

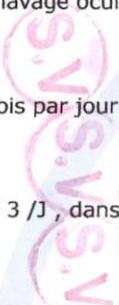
25.4.0.

ISOTEARS



serum pour lavage oculaire matin et soir au besoin, dans les deux yeux

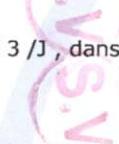
26.4.0. AZYTER



1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours , dans les deux yeux

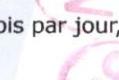
23.4.0.

OPTIPRED



1 GOUTTE X 3 /J , dans les deux yeux

14.0. MIXTEARS



1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

08.2. Xalatan collyre



1 goutte par jour  
435.20.



زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و شارع عبد الهادى بوطالب (ammor سابقا ) ، مدخل أ، الطابق 2 . شقة 3

Angle bd Sidi abdellah et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour). Entrée A. Apt.3 - 2 ème étage



cabinet.drjihad@gmail.com



05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28