

## 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.

N° W21-802095

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7988

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : RAHALI Brahim

Nom & Prénom :

14 05 66

Date de naissance :

APT 5 ZMM4 Résidence du Maran

Adresse :

011FA 366

Tél. : 0661217567

Total des frais engagés : 366 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/05/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 : 12/06/2023

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
17.10.25 / 2023		Co	30000	INP : 090004 13316 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/13	66,00 D.F.T

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.								
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  Dents Traitées	<b>Nature des Soins</b>	<b>Coefficient</b>	<b>INP :</b> <input type="text"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
				<b>O.D.F</b> <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>				
					<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="text-align: center;"> <math display="block">  \begin{array}{r}  \text{H} \\  25533412 \quad 21433552 \\  \hline  \text{D} \quad \text{G} \\  \text{B}  \end{array}  \begin{array}{r}  \text{00000000} \\  \hline  \text{00000000} \\  \text{35533411} \quad 11433553  \end{array}  </math> </div>			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>								



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

17 mai 2023

الدكتورة ميارا نزهة

الختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة الحول

العدسات اللاصقة

Enf. RAHALI ZINEB

66.00

VISRELAX

1 goutte 3x par jour , pendant 1 Mois

SV

PHARMACY  
Dr. Sonia  
MAJCID C.I.L.  
N°22  
Longement  
boumerouane  
Essaouira  
0522 988 73  
C.I.L. 88  
Casa



T = 66.00

Dr. Nezha MIYARA  
15, Rue Kadi Iass  
Mâarif - Casablanca  
Tél. 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84  
I.F. N° : 40717552 - Taxe Professionnelle N° : 35713466 - CNSS N° : 4819051 - ICE : 001602609000093  
E-mail : drmiyara@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com