

## 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.

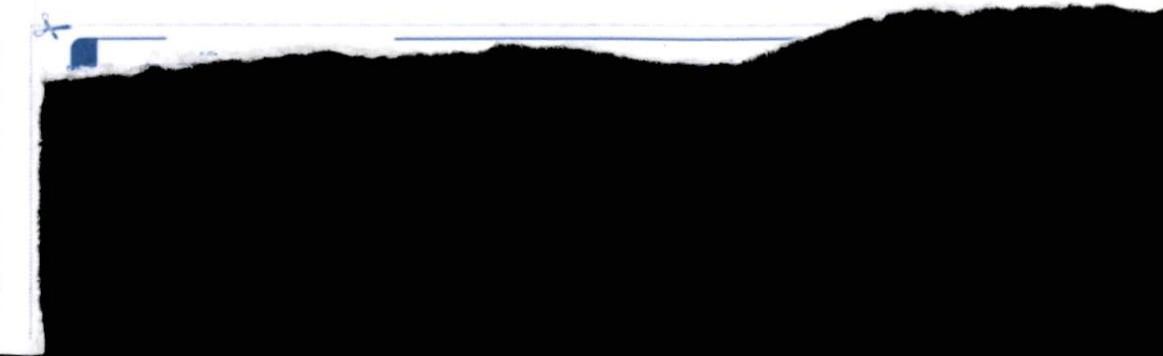
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W21-807575

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <u>CE72</u>	Société : <u>RKM</u>	<u>A67103</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre:	
Nom & Prénom : <u>BOUTIBA HASSAN</u>			
Date de naissance : <u>25/06/1959</u>			
Adresse : <u>Residiale Casaboune d'Appart' 4 1<sup>e</sup> étage</u>		<u>ESSISPA Hay Yacoubine CASABLANCA 20000</u>	
Tél : <u>0677 11 86 23</u>		Total des frais engagés : <u>304,10</u> DHS	
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
<u>Dr BOUKSIM M. OPTICALMOSISTE Bd Gouraud 10 Casablanca 20000</u>			
Date de consultation : <u>20/06/2023</u>		<u>comilia 03/07/2026</u>	
Nom et prénom du malade : <u>BOUTIBA</u>		Age : <u>64</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : <u>Oyopie + Astigmatisme</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
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 : <u>CASABLANCA</u> Le : <u>05/07/2023</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>BH</u>			



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Pavement des Actes
<u>20/06/2023</u>	<u>5</u>		<u>180 DH</u>	<b>OPTOMAURISTE</b> <b>Oum Rabii Res. Al Firdaous</b> <b>Imme. L30 - 2ème Etage</b> <b>Oulfa - Casablanca</b> <b>Tel : 0522 814 111</b> <b>09 M6S167</b>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE TILILA ie d'Aménagement H H 47 N° H Hay Laymoune Hay Hassani -022 93.86.84 - Fax:022.93.87 15	20/06/23	54,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est alors de poser la dent tracée. L'acte postérieur en indiquant la nature des soins

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	$  \begin{array}{c}  H \\    \\  255334112 \quad 21433552 \\    \quad   \\  00000000 \quad 00000000 \\    \quad   \\  255334112 \quad 21433552 \\  B  \end{array}  $ <p>(Creation, remont, adjonction) Fonctionne Therapeutique nécessaire à la prothèse</p>			<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"/>

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

**الدكتورة بوعسيم مليكة**

**طب العيون**

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر....

Casa le : 20 Juin 2023

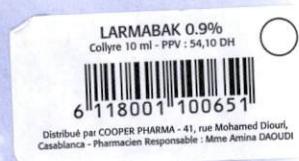
**Mlle BOUTIBA Camilia**



54,180

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande pendant 1 mois



**PHARMACIE TILIA**  
Voie d'Aménagement HH 47 N° H  
Hay Laymoune - Hay Hassani  
tel : 022 93.86.84 - fax: 022.93.87.15

**Dr. BOUKSIM M.**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
3d. Oum Rabii Rés Al Firdaous  
Imm. 3000 - Zemra Etage  
Oulfa 10000 Casablanca  
tel : 05 22 91 41 11