

# 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

- 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 : 4842 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : STITOU ANISSA

Date de naissance :

Adresse :

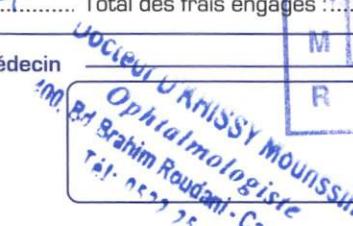
Tél. : 066.158.54.17

Total des frais engagés : 10 JUL. 2023 Dhs



## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 MAI 2023

Nom et prénom du malade : STITOU ANISSA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection : Oculologie

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 :

Le : / /

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
20/04/2023	CDL		300,00 DA	DOSSIER D'EXAMEN Ophthalmo-Ophtalmologiste Dr. S. Roudani - Casablanca 1520 25 44 88

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KASILAN MEDICAL PHARMACEUTICALS	2023-04-20	1.000,00

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	
		AM	PC	IM	IV

### 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				FIN D'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmodiagnostic

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيري محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق مستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون



68,80

1) conted (1/2).

Casablanca, le

13/05/2023

Dr. Mouhssine

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/2/NRQDNM

Barcode: 618001270040

LOT/ عمار/

FAB/ تاريخ إنتاج/

EXP/ تاريخ انتهاء/

H8701

05-2022

04-2024

PPV: 68,80 DH

130,00

1) Hy Fresh coll

Dr. Mouhssine D'KHISSY  
Ophthalmodiagnostic  
400, Bd Brahim Roudani, 2<sup>e</sup> Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA  
77, Rue Abd Al Mousa, 3<sup>e</sup> Etage  
KASTALANI CASA AELANC  
S. PHARMACE

T: 198,80

Il est renouvelé