

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

169115

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2020

Société :

QAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASSIDDIKI MOHAMED

Date de naissance :

1950

Adresse :

AP. 03 immeuble 17 lot ASSABAH ESSABAH EL Jadiha

Télé. :

06 99 559596

Total des frais engagés

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/06/2019

Age:

Nom et prénom du malade :

ABDERRAHMANE IJJP

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ÉGALITÉ chronique

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-674435

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
01/01/2013			250,00 Dhs	INP : 03321834 Signature Dr Nabil El Khatib Opticien Lunum Dr. Nabil El Khatib

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
LOURINI SALMA Orthoptiste Tél: 06.64.19.40.57 06.88.78.25.41 SAFI	13/07/23	champ visuel				500 DH

## VOLET ADHERENT

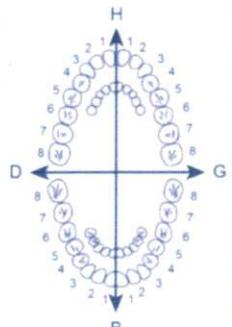
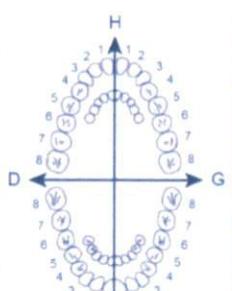
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET 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	INP : <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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. ALOUTA Nadia**

**Ophthalmologist**

Chirurgie de cataracte - phacoemulsification

Chirurgie des voies lacrymales et annexes

Angiographie rétinienne - laser - OCT

Strabologie - Glaucoma

Contactologie

Diplômée du CHU ibn Rochd Casablanca

Diplôme de contactologie du CHU Bordeaux - France



**الدكتورة نادية الوطة**

**إختصاصية في جراحة وطب العيون**

جراحة الملاه البيضاء

جراحة المسالك الدمعية

علاج أمراض الشبكية الناجمة عن السكري

علاج المول

العلاج بالليزر

خريجة كلية الطب ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم العدسات من كلية الطب ببوردو فرنسا

Essaouira le : 06 juin 2023

**Mme ABOUDRARE IJJA**

champ visuel automatisé 24:2 HUMPHREY

**LOURINI SALMA**  
Orthoptiste  
Tél: 06.64.19.40.57  
06.88.78.25.41  
SAFI

Dr. Nadia ALOUTA  
Ophthalmologist  
Residence Jawharat Mogador  
BLOC D N° 6 - Lssaoura  
Tel : 06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87

شارع العقبة - إقامة جوهرة موكادور - بلوك D رقم 6 - قبلة التكوين المهني الصويرية

Av Aquaba - residence Jawharat Mogador Bloc D - N° 6 en face de OFPPT

06 18 34 67 29 / 05 24 78 52 87 n.alouta@yahoo.fr

Centre d'Orthoptie

**LOURINI Salma**

Avenue Kennedy, Immeuble LOURINI 1<sup>er</sup> étage, Appartement 2. **Safi**  
0664194057 / 0688782541

SAFI, le 13/07/2023

**FACTURE n°372/2023**

**Nom:** ABOUDRARE

**Prénom:** IJJA

**Examen :** champ visuel

**Montant :** 500 DH

(CINQ CENT DIRHAMS)

*LOURINI SALMA*  
Orthoptiste  
Tél. 06.64.19.40.57  
06.88.78.25.41  
SAFI

Centre d'Orthoptie

**LOURINI Salma**

Avenue kennedy, Imm.LOURINI  
1<sup>er</sup> étage, App 2.Safi  
0664194057 / 0688782541

SAFI, le 13/07/2023

Cher docteur, *L'examen du champ visuel programme 24-2 de Mme ABOUDRARE IJJA âgée de 57 ans montre au niveau de :*

**→OD : le seuil fovéal 37 dB**

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

**C/C : Le CV et le THG sont limites.**

**→OG : le seuil fovéal 37dB**

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

**C/C : Le CV et le THG sont limites.**

**Bien à vous.**

