

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0025444

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4517 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : YAHIA KHALID  
Date de naissance : 28/06/62  
Adresse : 2, Rue AIF Melloul, Auferhane  
Tél : 066 1197536 Total des frais engagés : 867,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 31/05/2023  
Nom et prénom du malade : YAHIA KHALID Age : 60ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : la moieue  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
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 : Rabat Le : 13/07/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# RELEVÉ 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
31/05/23	U/S		300 DH	Pr. Mina LAGHIMARI Ophtalmologiste Av. Fal Ouk, Dumeir, N°18 Appt. N°8, 3ème étage, Agdal-Rabat Tél: 05 37 77 43 00 / 05 62 40 41 00 INPE: 101108124

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Benjeloun Dr. BENJELLOUN SONIA 3, Av Zerktouni Souissi-Rabat Tél: 05 37 63 68 64 INPE: 102015153	31/05/23	507 126

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

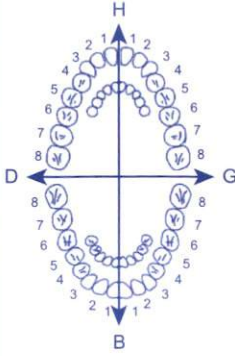
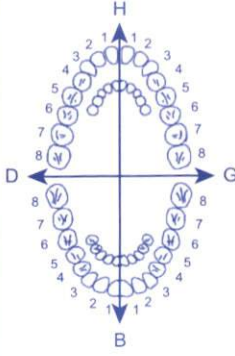
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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. Mina LAGHMARI ép BEZAD

Professeur d'Ophthalmologie

Maladies et chirurgie des yeux

Adultes - Enfants - Nourrissons - Nouveau-nés

Strabismes - Paralysies Oculomotrices - Nystagmus

Cataracte - Glaucome - Maladies de la cornée - Inflammation Oculaire

Rétine Médicale (Rétinopathie diabétique, DMLA,

Autres Maladies de la Rétine)

OCT - Angiographie Rétinienne - Laser - Echographie Oculaire

Electrophysiologie de la vision (ERG - PEV - EOG - ERG multifocal)



الدكتورة مينة لغماري ح. بزاد

أستاذة طب العيون

أخصائية في طب و جراحة العيون

لل كبار و الأطفال و الرضع و حديثي الولادة

طب الحول - الشلل الحركي للعين - رآرة و اهتزاز العين

المياه البيضاء - المياه الزرقاء - أمراض القرنية - التهاب العين

أمراض الشبكية (داء السكري، التمسك البقعي

المرتبط بالسن، أمراض أخرى)

الأشعة المقطعية للعين، تصوير أوعية الشبكية

الكشف بالصدى، الفزيولوجية الكهربائية للرؤية

Rabat le : ....31.mai.2023.....

Mr YAHIA Khalid



PPC DHS

PPC 189,00 DH

XILOIAL mono

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



LOT

PPC DHS

PPC 189,00 DH



PPC DHS

PPC 189,00 DH

شارع فال ولد عمير العمارة رقم 18 الشقة 8 الطابق الثالث أكدال الرب

N° 18, Appt N° 8 3<sup>ème</sup> étage Agdal Rabat (Prés de la Mosquée Badr)

43 00/ 06 62 40 41 00

Email : laghmarii@yahoo.fr