

# 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.

M22- 0025444

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |  |  |        |
|--------------------------------|--|--|--------|
| Matricule :                    | 4517   | Société :  | A68483 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                 |        |
| Nom & Prénom :                 |  | YATHIA KHALID                                    |        |
| Date de naissance :            |  | 28/06/62   |        |
| Adresse :                      |  | 2 Rue AIR MELLIET, Avenue Souissi - Rabat        |        |
| Tél. :                         |  | 066 1187536 Total des frais engagés : 867,00 Dhs |        |

### Cadre réservé au Médecin

|   |   |  |                                 |
|---|---|--|---------------------------------|
| Cachet du médecin :   |  |  |                                 |
| Date de consultation :  | 31/05/2023  | Age :  | 60ans                           |
| Nom et prénom du malade :   | YAHIA KHALID  |  |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | Laryngite   |  |                                 |
| Affection longue durée ou chronique :   | <input type="checkbox"/> ALD  | <input type="checkbox"/> 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 : Rabat Le : 13/07/2023

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/10/2023      | G/S               |                       | 300.00                          | <p>Pr. Mina LAGHMI<br/>           Ophtalmologue<br/>           Av. Falakult, Bouskoura, n°18<br/>           Appt. n°8, 3ème étage, Agdal-Rabat<br/>           Tél : 05 37 77 43 10 / 05 62 40 41 00<br/>           INPE 101100124</p>  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture   |
|---|----------|---|
| <p>Pharmacie Benjelloun<br/>Dr. BENJELLOUN SONIA<br/>3, Av Zemmour Souissi-Rabat<br/>Tél : 05 37 63 68 61<br/>- 102015153</p> | 31/01/23 | <p>Pharmacie Benjelloun<br/>Dr. BENJELLOUN SONIA<br/>3, AV Zemmour Souissi Rabat<br/>Tél : 05 37 63 68 61<br/>15/01/2020 15153<br/>5691W6</p> |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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.

### **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 |                         |
|------------------------------|----------------|--|-------------|-------------------------|
|                              |                |  |             | Coefficient des travaux |
|                              |                |  |             | Montants des soins      |
|                              |                |  |             | Début d'exécution       |
|                              |                |  |             | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHÉSES DENTAIRES |                | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |             |                         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates the internal structure of the human mandible (lower jawbone). It features a central body with two rami extending upwards at the ends. The body is divided into several regions, each labeled with a number from 1 to 8. Region 1 is at the tip, followed by 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 along the outer margins. Regions 2, 4, 6, and 8 are further subdivided into smaller areas. The entire structure is oriented with D (Dentition) on the left and G (Gingiva) on the right.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mina LAGHMARI ép BEZAD

Professeur d'Ophtalmologie

### Maladies et chirurgie des yeux

Adultes - Enfants - Nourrissons - Nouveau-nés

Strabismes - Paralyses 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

للكبار والأطفال والرضع وحديثي الولادة

طب الجمالي - الشلل الحركي للعين - رأرأة و اهتزاز العين

المياه البيضاء الملياء الزرقا - أمراض القرنية - التهاب العين

أمراض الشبكية (داء السكري، التنسك البقعي

المربط بالسن، أمراض أخرى)

الأشعة المقطعة للعين، تصوير أوعية الشبكية

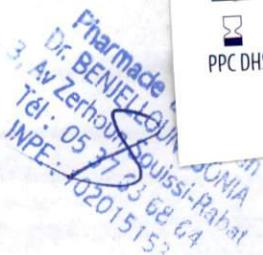
الكشف بالصدى، الفزيولوجية الكهربية للرؤية

Rabat le : ....3.1.mai.2023.....

Mr YAHIA Khalid



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



PPC DHS

0330922  
2025 09

PPC 189,00 DH

شارع فال ولد عمير العمارة رقم 18 الشقة 8 الطابق الثالث أكدال الر  
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 : laghmari@yahoo.fr