

# 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.

Matricule : 1223 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DER KAOUI ABDELKrim

Date de naissance : 12/11/1949

Adresse : 52 Rue 43 au Istah El Marouni

...apt 3 Maârif - Saxe

Tél. : 06 82 05 07 72 Total des frais engagés : 498,00 Dhs



Cachet du médecin:

Date de consultation : 29 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : DER KAOUI ABDELKrim Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie de la vue

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 : Casa Le : 16/10/2023

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
29.01.2023	S		300.00	DR M. BOURGEOIS Signature :  Date : 29.01.2023

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA COLOMBE 33, Rue Ibnou Nafiss Maarif - Casablanca Tél: 0522 25 71 07 - RC: 255745 INPE: 092037217	29/09/23	199, 20 Dhs

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

A diagram showing a 10x10 grid of points. Numbers 1 through 8 are placed at specific grid intersections. Arrows point from the bottom-left corner (B) to the top-right corner (C) and from the left edge (D) to the top edge (H).

	1	2	3	4	5	6	7	8	
	1	2	1	2	3	4	5	6	C
H	2	1	2	3	4	5	6	7	
D	8	7	6	5	4	3	2	1	
	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	B
	1	2	3	4	5	6	7	8	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur M.QERMANE**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

**ANGIOGRAPHIE LASER**

Sur Rendez-vous



**الدكتور قرمان مصطفى**

**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الشخص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

المحمدية في : ..... Mohammedia , Le :

29/08/2023

**DERKAOUI ABDELKRIM**

2025 - 07 .

LOT

305693 .

PPC:

99 DH .

HYFRESH 1 GOUTTE 3 F/J 1 MOIS



**PHARMACIE LA COLUMBE**  
33, Rue Ibnou Nafiss Maâli - Casablanca  
Tél: 0522 257107 - RC: 255745  
INPE: 092037217

Dr. M. QERMANE  
Ophtalmologiste  
Rue Doukkala, N°8 - Kasbah  
Mohammedia - Tél : 023 32 20 89  
Tél: 05 22 257107 - RC: 255745  
INPE: 092037217

2025 - 07 .

305693 .

PPC:

99 DH .

لن يتم تغيير اي وصفة طبية او ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

**Aucune Ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus**

زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89

Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél .. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com