

# 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.

**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

187749

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024988

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07587 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABRIAS MOHAMMED Date de naissance : 11/59

Adresse : 3 Avenue EL MASSIMA Total des frais engagés : 1159

Tél. : 066 133 6911 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/12/2023

Nom et prénom du malade : ABRIAS MOHAMMED A DAM Age : 12 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension

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 : \_\_\_\_\_

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
07/12/2023 CS			250 ps dh	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Circular stamp: PHARMACIE ANNAKIL, Dr. M. A. J. J., Orthopédie Chirurgie, Tel: 05 22 17 10, IBis, Av. Baghdad]</i>	7-12-23	789,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



الدكتورة إلهام مرسلي

طب و جراحة العيون  
كبار و صغار

خريجة كلية الطبي والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة ساقية بمستشفي 20 ثشت بالدار البيضاء  
حاصلة على شهادة في سلط الحنف العين بجامعة بريست



El Jadida, le 04/12/2020

Mr. Mohamed

Egypt ARRIAS

S.V.

1. Vigamox collyre.

pdt 48h sans

2. Ignotel horai-

pdt 4j2 (oeil gauche)

3. Ciclovirat 8100

pdt 10j2 (2 boites)

4. Aciclovir 8100

S.V.

5. Ecol dual collyre

S.V.

6. Ignotel horai pdt 10j2 (oeil gauche)

7. Lavage à lait

S.V.

Ecole<sup>®</sup>  
dual

طابق الأسفل شارع ابوشعيب الدكالي (قرب مستوصف بوشريط) - الجديدة

PPC: 135,00

Villa N°97, RDC Av Abou Chouaib Doukkali (Près du Dispensaire Bouc).

Tél.: +212 523 803 938 - E-mail: morsli16@gmail.co



25,80

51 - Hydratation oculaire



25,80 Pdt



Solution stérile pour usage oculaire

# PhyLarm



HER MEDIC  
PPC  
104.00 DHS

de 10 ml

À chaque fois  
que l'œil est irrité

AR / Farid

500,00

200,00

