

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL MAZI YASSINIoustapha

Date de naissance :

19/04/52

Adresse :

lot FATH 2 N° 21 Sidi Daoud

Tél. :

06 61 10 67 16 Total des frais engagés : 632 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SICAHAMI RAJA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Chirurgie articulaire viscale

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 : 28 DEC. 2022

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
08/03/2018	C2		20000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Ma Pharmacie</b> Sidi Maarouf As-Sablana 22 78 62 05	28/12/27	332,12

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

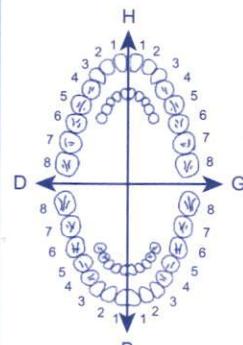
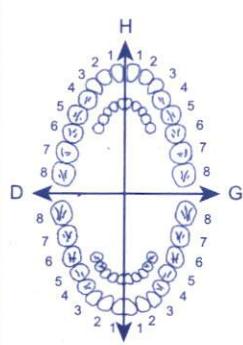
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 canalaire, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Youssef BELAHMER**  
OPHTHALMOLOGISTE



**الدكتور يوسف بلحمر**  
**طب العيون**

Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux  
**CATARACTE : Chiurgie par PHACOMULSIFICATION**  
**MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER**  
**LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINIENNE**

136, Im. FARAJ N°5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2<sup>ème</sup> Etage  
 Casablanca - Tél : 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences : 0661.32.90.66  
 Email : dr.belahmer@gmail.com

**Sur Rendez-vous**

**Casablanca, le :**

28/05/22

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
 جراحة الجلالة بالفاكو، الأشعة فوق الصوتية،  
 جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر إكسيرم و الليزك،  
 طب الجول، عدسة الاتصال، الليز، راديو الشبكة

136، إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدى ماروك - أولاد حلو - الطابق الثاني - الدار البيضاء  
 الهاتف : 0661.32.90.66 - 0700.756.754/0522.58.30.73  
 البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

**بالموعد**

الدار البيضاء في :

